Nr. 3 SIERPIEŃ 1930 ROCZNIK III

LEKARZ KOLEJOWY

KWARTALNIK

ORGAN ZRZESZENIA LEKARZY KOLEJOWYCH

Adres Redakcji Chmielna 38 m. 4.

Adres Administracji Al. Jerozolimska 6. m. 8.

Druk. L. Mioduszewski, Warszawa, Złota 45 róg Sosnowej. Telefon 147-94.

LEKARZ KOLEJOWY

Nr. 3 SIERPIEŃ 1930 r.

Domy noclegowe

podał

Dr. JAN OPOLSKI

Naczelnik Wydziału Sanitarnego DOKP. w Stanisławowie.

Służba kolejowa na parowozie, służba konduktorska przy pociągach towarowych, służba hamulcowych i przetokowych, należy do najcięższej i do najwięcej odpowiedzialnej, wymagającej w czasie służby ustawicznego napięcia nerwów i ustawicznej przytomności umysłu.

Każdy z tych pracowników wśród zmiennych warunków atmosferycznych, w dzień i w nocy prawie połowę lat swej służby spełnia zdala od swego ogniska domowego.

Żądając od tych pracowników, by służbę swą wykonali jaknajidealniej, obowiązkiem Zarządu kolejowego jest zapewnić im w czasie chwilowego wypoczynku po za domem — możliwie jaknajlepsze wygody, by po kilkugodzinnym wypoczynku, nabrawszy świeżych sił, mogli odbyć z powrotem żmudną i ciężką służbę.

W tym też celu Zarządy kolejowe na różnych punktach linji kolejowej urządziły tak zwane domy noclegowe (racjonalniej byłoby nazwać pokoje „wypoczynkowe").

Nie wiem, jak są urządzone tego rodzaju pokoje w innych Dyrekcjach, lecz przypuszczam, że nie lepiej jak w okręgu Dyrekcji Stanisławowskiej.

Obecnie istniejące domy z pokojami wypoczynkowemi podzielić można na trzy kategorje:

1) przedwojenne, 2) zabytki z czasów wojny światowej, 3) powojenne.

Przedwojennych domów z pokojami wypoczynkowemi specjalnie na ten cel budowanych, niema w obrębie tut. DOKP.

Z czasów tych pozostały jeszcze pokoje wypoczynkowe — porozmieszczane po parowozowniach, budynkach mieszkalnych i wieżach wodnych.

Pokoje wypoczynkowe z czasów wojny porozmieszczane są po barakach lub przerobionych pudłach wagonowych.

Powojenne tego rodzaju domy specjalnie na ten cel budowane, posiada tut. DOKP. w Stanisławowie, Chodorowie i Czortkowie.

Pokoje wypoczynkowe wymienione od 1 i 2, a rozmieszczone po różnorodnych budynkach jak: parowozowni, domach mieszkalnych, wieżach wodnych, barakach i pudłach wagonowych, zupełnie nie odpowiadają celowi — są za ciasne, niskie, bez odpowiedniej wentylacji. Trudno w nich utrzymać zwłaszcza w zimie jednostajną temperaturę, a co najważniejsze — brak osobnej ubikacji do obmycia się dokładnego i osobnej kuchni. Pokoje wypoczynkowe porozmieszczane po domach mieszkalnych, są wprawdzie obszerne, lecz brak też ubikacji osobnej do mycia się, a co najważniejsze brak tam tego koniecznego spokoju i swobody.

Ustępy zazwyczaj zbite z desek, ciemne—ustawicznie cuchnące—znajdują się po za obrębem danego budynku — na uboczu.

Urządzenie pokoi wypoczynkowych nie pozostawia prawie nic do życzenia, gdyż składa się z łóżka przeważnie żelaznego z wkładami sprężynowemi, materaca, poduszki z pierza (w 90%), czajnika do zaparzania herbaty, taborecików i wieszaków. Lecz samo urządzenie odpowiednie w zupełności nie daje jeszcze tych wygód, jakie mieć powinni pracownicy, czekający z utęsknienieniem na należący się im wypoczynek.

Zdawaćby się mogło, że powojenne pokoje wypoczynkowe porozmieszczane w budynkach specjalnie na ten cel budowanych zaspokoją słuszne żądania pracowników i dadzą im minimum wygód.

Budując te domy, nie zasięgano opinji lekarzy kolejowych, nie pytano się ich o wskazówki, — budowano wedle szablonu nieco lepszego, aniżeli koszarowy.

Są wprawdzie ubikacje do natrysków, osobne kuchnie, centralne ogrzewanie, elektryczne oświetlenie, ustępy ze spłuczkami, pokoje schludne przeważnie o 2 łóżkach, lecz brak: 1) szatni; ubranie składa się obok łóżka, lub pod poduszkę, suszy się w pokoju cuchnące skarpety lub onucki, rozwiesza się w pokoju przemoczone płaszcze lub kożuchy, 2) brak wody do picia. Wprawdzie są wodociągi, ale woda tłoczona jest z rzeki lub ze stawu, zatem wodę do picia trzeba donosić w dzbankach.

Rozmieszczenie kuchni wspólnej i ubikacji do mycia się między pokojami jest nieodpowiednie. Ustawiczny ruch i gwar nie zapewniają spokoju wypoczywającym.

Najsłabszą stroną wszystkich pokoi wypoczynkowych jest to, że jedno i to samo prześcieradło i obłóczka na poduszkę, używane są przez kilka osób, — zdarza się, że na przepocone prześcieradło kłaść się musi drugi.

Obserwując te niedomagania przez lat kilkanaście, słysząc od pracowników kol. różne skargi na niewygody, na jakie są narażeni w pokojach wypoczynkowych — uważam za rzecz konieczną poruszyć te kwestje i wystąpić z projektem, jak powinien być urządzony dom o pokojach wypoczynkowych:

Domy tego rodzaju mają zapewnić pracownikom kol.:

1) bezwzględny spokój, 2) możność przyprowadzenia ciała do idealnej czystości, 3) uprzystępnić czy to odgrzanie, czy też ugotowanie posiłku, 4) dać wygodne łóżko z czystą zawsze pościelą. 5) w każdej chwili świeżą zdrową wodę do picia, 6) pokoje te muszą mieć zawsze odpowiednią temperaturę i odpowiednią ilość świeżego powietrza.

By dom taki posiadał wszystkie wyżej wymienione warunki, powinien być:

1) położonym wśród ogrodu — nieco zdala od toru kolejowego i zgiełku ulicznego.

2) Posiadać wodociągi z dostateczną ilością wody zdrowej do picia i ciepłej do kąpieli.

3) Powinien być centralnie ogrzewanym i elektrycznie oświetlonym.

4) Posiadać osobną szatnię, kąpieliska, kuchnie, jadalnie, pralnię i suszarnię.

5) Być dobrze skanalizowanym.

6) Kamerę do dezynfekcji i dezynsekcji.

To są warunki ogólne, które powinien posiadać dom o liczniejszych pokojach wypoczynkowych.

Rozkład budynku.

Suteryny — suche, jasne, przeznaczone na szatnię szafkową, ile łóżek—tyle szaf. Szafy o drzwiach z gęstej siatki, by przyspieszyć wysuszenie ew. mokrego ubrania. W szafie znajdują się 2 prześcieradła, poszewka na poduszkę, płaszcz płócienny i pantofle.

Z szatni przechodzi się do ubikacji posiadającej wanny, natryski, odpowiednią ilość muszli do mycia się i koniecznie płytkie baseny do mycia nóg.

Obok kuchnia obszerna — z odpowiednią ilością najpotrzebniejszych naczyń kuchennych. Obok kuchni — duża stołownia — dalej pokój przeznaczony dla tych, którzy przez parę tylko godzin mają przerwę w służbie i odbywają służbę dalej.

Dalsze ubikacje przeznaczone na pokój dla służby dyżurnej — magazyny bielizny — hala maszyn — skład węgla, ustępy i kamera dezynfekcyjna, nie mająca łączności z ubikacjami wyżej wymienionemi, lecz posiadająca osobne wejście i wyjście.

Mojem zdaniem kamera dezynfekcyjna, względnie dezynsekcyjna, powinna się znajdować przy każdych większych domach noclegowych ze względów następujących: dotychczas koce, materace i poduszki — wietrzy się tylko i trzepie (o ile to jest wogóle wykonywane). By zapobiec zagnieżdżaniu się robactwa i ażeby mieć pewność, że pracownik nie nabawi się w pokojach wypoczynkowych choroby zakaźnej lub skórnej, koce, materace i poduszki powinny być od czasu do czasu poddawane odkażaniu.

Kamera przyda się i dla celów odkażania bielizny, ubrań i t. p. w czasie pojawienia się chorób zakaźnych — wśród pracowników względnie ich rodzin, w danej miejscowości. Wiemy przecież bardzo dobrze, że dzisiejsze odkażanie mieszkań, względnie pościeli i ubrań po domach — bardzo wiele pozostawia do życzenia.

Przy wejściu do suteryn — portjerka, gdzie odźwierny wpuszcza tylko tych, którzy wykażą się dowodem z Urzędu Ruchu, że należy się im łóżko w pokoju wypoczynkowym.

Po wykąpaniu się, względnie obmyciu, dany pracownik pozostawia ubranie i obuwie w szafce, natomiast ubiera się w płaszcz płócienny i pantofle — udaje się do pokoju wypoczynkowego znajdującego się na parterze lub piętrze.

Pokój wypoczynkowy:

System korytarzowy. Pokoje o dwu łóżkach. Urządzenie pokoju: dwa łóżka w całości żelazne z wkładem siatkowym, z materacami, poduszki z pierza, koc, dwa taboreciki, mały stoliczek, dwie szklanki, wieszak i spluwaczka.

Na ścianie Nr. łóżka, przepisy o porządku domowym, okna na parterze zaopatrzone w kraty, wszystkie okna posiadają story.

Po korytarzach krany z wodą do picia (mała muszla). Na końcu korytarza ustępy — i pokój dla dozorcy dyżurnego.

Na poddaszu, pralnie, suszarnie i prasowalnie.

W budynkach takich bezwarunkowo nie powinno być żadnego mieszkania, biur, sal wykładowych. Służba mieszka po za budynkiem — są tylko pokoje dla dyżurnej służby.

Postępowanie.

Pracownik po otrzymaniu dowodu z Urzędu Ruchu, że przysługuje mü prawo korzystania z łóżka w pokoju wypoczynkowym, zgłasza

się na portjerce, gdzie po wylegitymowaniu się otrzymuje Nr. szafki i Nr. łóżka.

Schodzi do suteryn, składa ubranie w szafie, obmywa się ewent. kąpie, ubiera się w płaszcz płócienny i pantofle, zabiera dwa prześcieradła i obwłóczkę znajdujące się w szafie i skierowuje się do pokoju wypoczynkowego.

Opuszczając pokój wypoczynkowy zabiera prześcieradła i obwłóczkę, które oddaje wraz z płaszczem i pantoflami dyżurującemu w szatni, za potwierdzeniem odbioru; dowód ten będzie przepustką w drodze powrotnej na portjerce, że odchodząc oddał bieliznę w porządku. Bieliznę oddaje dyżurujący do pralni celem doprowadzenia jej do porządku, do szafki zaś wkłada świeże prześcieradło i obwłóczkę.

Przynajmniej raz na miesiąc koce, a co trzy miesiące materace, powinny być poddawane odkażaniu w kamerze.

Urządzenie pokoi wypoczynkowych, kąpielisk i szatni w sposób wyżej wymieniony zapewni pracownikom kol. idealną czystość, należyty spokój i wygody, a co najważniejsze, uchroni niejednego od nabawienia się chorób skórnych.

O ileby w ten lub podobny sposób urządzone były pokoje wypoczynkowe, Zarząd Kolei wywiązał by się ze swego zadania w kwestji zapewnienia pracownikom w czasie służby wygodnego, spokojnego wypoczynku wśród warunków odpowiadających wszelkim wymogom sanitarno-higjenicznym.

Przed 17-tu laty a dzisiaj

STAN SANITARNV DOMKÓW DRÓŻNICZYCH w ZAGŁĘBIU DĄBROWSKIEM

podał

Dr. med. IGNACY MOJKOWSKI

Radca Ministerjalny i Lekarz urzędowy Ministerstwa Komunikacji.

Przeglądając dawne papiery, napotkałem zwitek nieco pożółkłych kartek; po rozwinięciu okazał się bruljon odczytu, który zaginął, wygłoszonego przezemnie w języku rosyjskim na Zjeździe lekarzy kolejowych w Warszawie w końcu 1913 r.

Dawne, odległe czasy.... Wytworzyły się obecnie nowe warunki życia, jednak kolej żelazna pozostała ta sama, i warunki pracy kolejarza te same, i teren wreszcie ten sam, tak dobrze mi znany, gdyż pracowałem na nim przez 20 lat zgórą, jako lekarz rejonowy— wszystko to skłoniło mnie do odgrzebania przeszłości, czasu prawie w przededniu wielkiej wojny. Chęć okazania, jak bardzo i czy bardzo odbiegliśmy od owych czasów niewoli na terenie kolejnictwa, a właściwie sanitarji kolejowej, kazała mi spolszczyć ów odczyt i przedstawić go w nowej szacie.

Umieszczony poniżej tekst jest wiernym przekładem oryginału.

„Okólnik Lekarza Naczelnego z dnia 2 września r. b.*) z powodu grożącej cholery spowodował potrzebę zebrania odpowiedniego materjału, dotyczącego domków dróżniczych na linji.

Dane, które zebrałem, obejmują tylko rejon XVI-ty, znajdujący się w Zagłębiu Dąbrowskiem, które dzięki swym właściwościom posiada nieco odrębne od innych okolic cechy pod względem geologicznym, jako też pod innemi względami, które zależne są od znacznego na miejscu rozwoju wielkiego przemysłu. Naturalnie, że zebranego przeze mnie materjału ilościowo nie można uważać za nader bogaty, na-

*) 1913 r.

tomiast pod względem jakościowym jest on zupełsie pewny, gdyż zebrany został przezemnie osobiście w towarzystwie nadzorców drogowych. Objechaliśmy przeto cały mój rejon na drezynie, rozpoczynając nieraz naszą wędrówkę o 5-ej z rana, i z miarą taśmową w ręku odnotowywaliśmy odpowiednie dane na przygotowanych zawczasu blankietach (schematach); mogło to do pewnego stopnia nadać zebranemu przezemnie materjałowi pewną jednostajność, jednocześnie natomiast zabezpieczyło nas od zarzutu pobieżności i dało możność wniknięcia w szczegóły, z których udało się wyciągnąć charakterystyczne cechy struktury domków dróżniczych, zaopatrzenia w wodę i urządzenia hygjeniczne, jakoteż pozwoliło ustalić pewien pogląd na stopień rozwoju kulturalnego ich mieszkańców, opierając się na zainteresowaniu się ich ogrodnictwem na przylegających do domków terenach kolejowych.

Gdy minąć pod wieczór stację Gołonóg linji Ząbkowice—Katowice, widać nieco na lewo jak gdyby zarzewie odległego pożaru, który hula gdzieś w nizinie, otoczony jasnemi migotliwemi ognikami: nie pożar to jednak, lecz wielkie piece Huty Bankowej i lampy elektryczne w Dąbrowie Górniczej. I przestaje być dziwną ta gra światła, gdy przypomnimy sobie, że różnica poziomów st. Gołonóg i Dąbrowy Górniczej wynosi około 6 sążni*).

Znów nowy, lecz mniejszy zwrot plantu kolejowego nalewo w pobliżu przystanku Stary-Będzin.... Pociąg w dalszym ciągu biegnie jak gdyby po lekkiej pochylni w kierunku Sosnowca.

Na st. Ząbkowice z okien wagonu podróżny po raz ostatni widział gęstą zieleń lasów; piaski i las kończą się przy st. Gołonóg, rozpoczyna się glina i nizkie łąki, a dalej jeszcze już blisko Dąbrowy roślinności jeszcze mniej, zaledwie krzaki i nikłe gaiki dębowe; obraz się zmienia, widać wielkie stawy, dokąd odpływa woda z Huty Bankowej, i wijącą się wstęgę Czarnej Przemszy.

Dalej widok jeszcze bardziej smutny: kopalnia węgla „Paryż“, nigdy nie wysychające kałuże wody stojącej, nędzne chatynki i lepianki górników, cegielnie...... Plant biegnie łukiem; panorama znów ulega zmianie: oto wzgórza wapienne kończą się przy stacji Staro-Będzin; roślinność tu bardzo nikła, drzewa można policzyć z łatwością, natomiast rzędy domów o nader urozmaiconym wyglądzie, począwszy od wielkiego trzypiętrowego, przypominającego nieco styl angielski i secesję, aż do malutkiego domku z szarej cegły. W pobliżu stacji Nowy-Będzin prawie to samo; naprawo widać zdaleka wiel-

*) Ściśle 5,27 sążnia = 12,37 m.

kie drzewa we wsi Małobądz na brzegach rzeki Przemszy, to znów nieco ornej roli i znów nalewo od plantu wielkie wzgórze wapienne aż do przystanku Gzichów*; odtąd już dalsza droga do Sosnowca daje kalejdoskop czerwonych wielkich budynków fabrycznych, kominów wielkich pieców Huty Katarzyny, kamieniołomów.

Wielki rozwój górnictwa w ciągu lat ostatnich nie mógł nie wpłynąć ujemnie na stan roślinności Zagłębia: z powodu wielkich pokładów węgla kamiennego oraz ciągłych zapotrzebowań przemysłu sieć robót podziemnych wciąż wzrasta i odciąga wodę sztucznie dla osuszenia skarbów, które kryje w sobie ziemia; że tak jest rzeczywiście, wiadomo z opowiadań starych ludzi w Sosnowcu, że lat 50 temu były tam jeszcze wielkie lasy sosnowe (stąd przypuszczalnie pochodzi nazwa „Sosnowiec"), a w obecnie istniejącym t. zw. „lasku miejskim" starodrzew dochodzi zaledwie do 2 — 3 m. wysokości! — Dalej jeszcze gorzej: gdy więc pojechać linją Niwecką do wsi Niwka, istnej krainy górnictwa, widać, że pod względem dendrologji stanowi ona istną pustynię: gdzieniegdzie zaledwie oaza nędznych krzaków. Reasumując powyższe, przychodzimy do wniosku, że przyroda poskąpiła swych czarów mieszkańcom Zagłębia: glina, wapień, słaby rozwój roślinności, ludzie zaś dzięki rozwojowi wielkiego przemysłu dokonali reszty; zepsuto powietrze już nadmiernie suche wyziewami wielkich zakładów przemysłowych, pyłem wapiennym oraz dymem.

XVI-ty rejon lekarski rozpoczyna się na 5,8 wiorście** linji Ząbkowice-Katowice i ciągnie się do jej końca, do rzeki Brynicy na 16,6 wiorście, czyli długość tej linji wynosi 10,8 wiorsty, do której należy dołączyć linje boczne: a) Saturn (do st. Pogoń 1,3 w. + 4,7 w. = 6 w.), b) Milowice (1,3 do st. Pogoń + 2,6 w. = 3,9 w.), c) linja Niwecka 5,2 w.—oraz d) linja na Zagórze 3,4 w.; wogóle długośc rejonu XVI lekarskiego wynosi 28 wiorst. Na tej przestrzeni istnieje 27 domków dróżniczych, z których na linji Saturn znajduje się 1 (Nr. 1 na 0,3 w.), na linji do Milowic 3 (Nr. 1 na 0,9 w., Nr. 2 na 1,8 w. i Nr. 3 na 2,8 w.), na linji Niweckiej 6 (Nr. 1 na 0,7 w., Nr. 2 na 1,1 w., Nr. 3 na 1,4 w., Nr. 4 — 2,1 w., Nr. 5 — 3,3 w., Nr. 6 — 3,9 w. + dom mieszkalny Nr. 1 starszego robotnika przy kopalni „Jerzy"), na linji z Dąbrowy do Zagórza dwa domki (na 1,0 w. i na 2,0 w.), a pozostałych 15 na linji Ząbkowice-Katowice (Nr. 17 na 16,4 w., Nr. 16a na 16,3 w., Nr. 15b — 14,5 w., Nr. 15a — 13,9 w., Nr. 14 — 13,2 w., Nr. 13 — 12,2 w., Nr 12a — 12,2 w., Nr. 12 —

*) obecnie skasowany.

**) 1 wiorsta = 1,0668 km.

11,8 w., Nr. 11 — 10,7 w., Nr. 10 — 10,1 w., Nr. 9 — 9,1 w., Nr. 8 — 8,5 w., Nr. 8a — 8,5 w., Nr. 7a — 7,1 w., Nr. 6 — 6,1 w.).

Układ domków dróżniczych wzdłuż linji kolejowej posiada pewną prawidłowość, niekiedy jednak dają się zauważyć odchylenia w tym względzie, a mianowicie zachodzą wypadki zgrupowania domków parami, jak np. na 12,2 w. linji Ząbkawice-Katowice (domki Nr. Nr. 13 i 12a) oraz na 8,5 w. tej samej linji (domki Nr. Nr. 8 i 8a). W stosunku do plantu drogi żelaznej domki owe leżą przeważnie swą podłużną osią pionowo, za wyjątkiem dwóch, a mianowicie Nr. 5 linji Niweckiej i Nr. 15a linji Ząbkowice-Katowice. — Poruszona dopiero co sprawa jest wielkiej wagi, gdyż pozwala na określenie, z której strony pada na domki bezpośrednio światło słoneczne. Wobec tego, że linja drogi żelaznej nie stanowi idealnej drogi prostej, lecz od czasu do czasu wygina się łukowato, zależnie też od tego wpływ promieni słonecznych jako czynnika oświetlającego musi ulegać zmianie. Jeżeli np. dany domek swą podłużną osią czyli dłuższą ścianą, w której znajduje się większość okien, leży równolegle do plantu, lecz w odległości, dajmy na to, 1,5 w. linja opisze łuk, to domek następny, choćby zajmował taką samą pozycję w stosunku do plantu jak poprzedni, czyli zwrócony byłby do plantu frontem, musi otrzymywać całą masę promieni słonecznych z innej strony, czyli ze strony szczytowej.

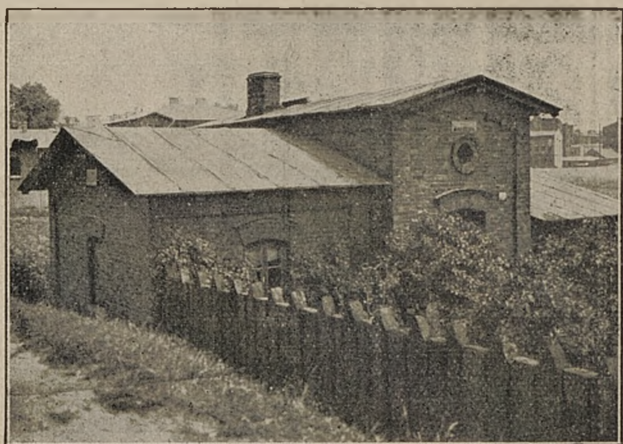
Również ważną sprawą jest ustalenie stosunku linji kolejowej do czterech stron świata, co łatwo możnaby wykonać posługując się mapą, jednak uważałem za bardziej wskazane potrzebne dane zdobywać na miejscu za pomocą busoli. Okazało się, że u 44,4$^0/_0$ z pośród wszystkich 27 domków choć jedno okno zwrócone jest na południo-zachód, u 55,6$^0/_0$ na południo-wschód, w 9-ciu wypadkach (33$^0/_0$ — w domkach Nr. Nr. 6, 8, 10, 11, 12, 17, 15 linji Ząbkowice-Katowice, Nr. 1 linji Niweckiej i Nr. 1 linji Zagórze) część okien zwrócona na południo-wschód, część zaś na południo-zachód. Trafiają się również domki, których okna zwrócone są wprost na południe, północ lub zachód; domki te należy uważać za upośledzone, ponieważ mają znacznie skróconą możność korzystania z padających bezpośrednio promieni wysoko stojącego słońca; domków tego rodzaju naliczyliśmy 9 (Nr. Nr. 7, 8a,13 linji Ząbkowice-Katowice, Nr. 1 linji Milowice, Nr. Nr. 2, 3, 4, 6 linji Niweckiej), co stanowi 33,3$^0/_0$, czyli $^1/_3$ część wszystkich domków.

Wygląd zewnętrzny domków dróżniczych wyodrębnia 2 typy: *typ dawny* stanowią parterowe domki pobudowane z wapienia, sięgające czasu budowy odnogi Ząbkowice-Katowice (około 1859 r.), pokryte białą wapienną wyprawą; zwraca uwagę stosunkowo wielka ich

długość przy stosunkowo nieznacznej wysokości — oraz — *typ nowy*, który stanowią pobudowane w 30 lat później (1888 r.) domki z cegieł również parterowe o wyglądzie bardziej proporcjonalnym. Do typu pierwszego należy zaliczyć większość domków: wszystkie na



Domek dróżniczy, typ dawny (z wapienia) — 1859 r.



Domek dróżniczy, typ nowy (z cegieł) — 1888 r.

linji Milowice oraz Niweckiej i 9 z pośród wszystkich 15-tu na linji Ząbkowice-Katowice; do typu 2-go (z cegieł) należą pozostałe, a mianowicie: 1 na linji Saturn (0,3 w.), 2 na linji Zagórze (1,0 i 2,0 w.)

oraz 6 na linji Ząbkowice-Katowice (Nr. Nr. 7a, 8a, 12, 12a, 15a, 16a), czyli na ogólną liczbę 27 wypada tylko 9 pobudowanych z cegły, pozostałych 18-cie to domki z kamienia wapiennego, inaczej — stosunek liczbowy domków ceglanych nowego typu do domków z wapniaka wynosi 1:2.

Większość domków jest zamieszkiwana przez jedną rodzinę i tu jednak są wyjątki, jak n. p. w domkach Nr. Nr. 5 (na linji Niweckiej), Nr. 11 i 15a (na linji Ząbkowice-Katowice) mieszka po dwie rodziny, a w domku Nr. 15b (tej samej linji) nawet 3 rodziny, przyczem przestrzeń, którą zajmuje domek, znajduje się w prostym stosunku do liczby mieszkańców.

Każde mieszkanie składa się z niewielkiej sionki, jakby przedpokoju, posiadającej podłogę cementową lub ceglaną, oraz z dwóch pokoi z wyprawą ścian wapienną, z których pierwszy, mający łączność z sionką, stanowi kuchnię, a zarazem pokój stołowy, drugi zaś gra rolę sypialni. Co się tyczy wymiarów pokoi, istnieją dwa ich rodzaje w zależności od typu domku: a więc w domkach, należących do typu dawnego, powierzchnia podłóg, które we wszystkich domkach są z drzewa, w kuchni wynosi średnio 3, 97 m. $\times$ 2,47 m. czyli po zredukowaniu 3,90 m. $\times$ 2,40 m., zaś w domkach typu nowego (ceglanych) = 3,67 m. $\times$ 2,39 m. — Powierzchnia podłogi w następnym pokoju (sypialni) w domkach typu dawnego (wapiennych) wynosi 4,63 $\times$ 3,97, zaś w nowych (ceglanych) = 4,63 $\times$ 4,00 m. Z porównania powyższych danych wypływa, że w domkach typu dawnego powierzchnia podłóg w kuchni jest nieco większa aniżeli w domkach nowego typu, zaś w drugich pokojach (w sypialniach) powierzchnia podłogi tak w domkach dawnych, jak i w nowych jest prawie jednakowa. Natomiast wysokość ścian w obu typach daje znaczne różnice: średnia wysokość ścian w domkach dawnego typu = 2,46 — 2,51 m. (= 2,48 m.), zaś w domkach nowego typu = 2,92 m., czyli że oba typy domków pod względem wysokości różnią się około 0,5 m.

Opierając się na szeregu dokonanych przez nas pomiarów, łatwo obliczyć ilość metrów sześciennych powietrza; już zgóry można przewidzieć, że domki nowego typu muszą trzymać prym w tym względzie. A więc w kuchni w domkach typu dawnego ilość przestrzeni średnio wynosi 23,2 $m.^3$, zaś w domkach nowego typu = 25,6 $m.^3$, przyległe zaś do kuchni pokoje (sypialnie) posiadają kubaturę: w dawnych 45,38 $m.^3$, w nowych domkach 54,07 $m.^3$, czyli że różnica dla tych ostatnich wypada z korzyścią 8,5 $m.^3$ (8,49 $m.^3$), jeżeli zaś zwrócimy uwagę na mieszkanie jako całość, różnica wypadnie jeszcze większa, a mianowicie w domkach dawnego typu kubatura wynosi

średnio 68,78 m.^{3}, w nowych zaś domkach 79,67 m.^{3}; różnica więc — ca 11 m.^{3} (10,89).

Wentylacja domków dróżniczych odbywa się się za pomocą lufcików i wentylatorów, które mają połączenie z kanałami powietrznemi w ścianach. Lufciki posiadają wszystkie mieszkania, przeważnie po jednym w każdym pokoju, wentylatory zaś istnieją zaledwie w połowie wszystkich domków.

Chcąc określić ilość światła słonecznego, z jakiego korzystają mieszkańcy, należy przyjąć pod uwagę liczbę okien oraz ich powierzchnię. Co do liczby okien w domach dróżniczych, ze spostrzeżeń naszych stało się wiadomem, że z ogólnej liczby 30 mieszkań: 1) *kuchnie* po jednem oknie posiadają one 17 razy, po 2 okna — 2 razy (Nr. 2 linji Milowice, Nr. 5 linji Niweckiej), po jednem oknie i dwóch małych okienkach — 5 razy (Nr. Nr. 17, 10, 9, 8, 6 linji Ząbkowice-Katowice), po 3 okna — 1 raz (Nr. 12 linji Ząbkowice-Katowice,) skąd wynika, że typ jednookienny przeważa; 2) *w pokoju-sypialni* jedno okno napotyka się tylko 4 razy (Nr. 5 linji Niweckiej, Nr. Nr. 17 i 15b linji Ząbkowice-Katowice w 2-ch mieszkaniach) po dwa okna — 18 razy, po 3 — 4 razy (Nr. Nr. 12, 11 linji Ząbkowice-Katowice i Nr. Nr. 1 i 2 linji Zagórze), a po jednem oknie weneckiem i 2-ch okienkach małych — 4 razy (Nr. Nr. 10, 9, 8 i 6 linji Ząbkowice-Katowice). Dane powyższe przytoczyliśmy dla okazania, jak wielka rozmaitość panuje w stanie liczbowym okien, zaś co się tyczy ilości światła słonecznego, która dostawać się może do wnętrza domku, to sprawę rozstrzygnąć może określenie ogólnej powierzchni okien, które domek posiada, a lepiej jeszcze każdy pokój zosobna, co powinno naprowadzić nas wprost na określenie „współczynnika oświetlenia” dziennego, który wykazuje wyraźnie, czy ilość światła w danej ubikacji jest dostateczna, czy też go jest za mało.

Pod „współczynnikiem oświetlenia“ pojmować należy stosunek ogólnej powierzchni okien do powierzchni podłogi danego pokoju. Według Flüggego stosunek ten dla szpitali, instytucji o największych w tym kierunku może wymaganiach, powinien wyrażać się ułamkiem conajmniej $^1/_6$, jednak w zajmującej nas kwestji nie można wymagać, aby norma ta mogła znaleźć ścisłe zastosowanie, tembardziej że naga rzeczywistość każe być tutaj bardziej wyrozumiałym. Wyliczanie otrzymanych przez nas „współczynników oświetlenia“ dla każdej ubikacji osobno zajęłoby zbyt wiele czasu, poprzestać przeto musimy na zaznaczeniu, że nasze pomiary w tym kierunku dały niekiedy wyniki wprost zwracające uwagę znikomą wielkością otrzymanego ułamka; n. p. kuchnia w domku Nr. 11 (linji Ząbkowice-Katowice) po-

siada współczynnik = $^1/_{35}$, w domku Nr. 17 — $^1/_{22}$, zaś w domku Nr. 2 odnogi Milowice — $^1/_{20}$; pokój-sypialnia w domkach Nr. Nr. 3 i 4 linji Niweckiej — $^1/_{22}$, $^1/_{18}$ w domku Nr. 15b, $^1/_{17}$ w domku Nr. 12 linji Ząbkowice-Katowice. Są jednak domki bardziej szczęśliwe pod tym względem ze współczynnikiem $^1/_6$ (n. p. Nr. 1 linji Saturn), $^1/_5$ (kuchnia w domku Nr. 12a linji Ząbkowice-Katowice i pokój-sypialnia w obu domkach linji Zagórze), a nawet wynosi $^1/_4$ w kuchni obu dopiero co wspomnianych domków. Rozpatrując równolegle domki dawnego i nowego typu, widzimy, że współczynnik światła wynosi średnio w dawnych domkach dla kuchni $^1/_{12}$, dla sąsiedniego pokoju-sypialni — $^1/_{11}$, w domkach zaś ceglanych nowego typu odpowiednio $^1/_6$ i $^1/_5$, czyli że mieszkańcy tych ostatnich są pod względem światła dziennego wdwójnasób szczęśliwsi od swych kolegów, zamieszkujących domki z wapienia.

Co się tyczy wilgoci, to tylko b. nieliczne domki, a mianowicie cztery, zupełnie są jej pozbawione (Nr. 1 linji Saturn, Nr. 16a, Nr. 14 linji Katowice-Ząbkowice oraz Nr. 1 linji Milowice), natomiast w pozostałych względnie łatwo stwierdzić się dała, pomimo że nie posiadaliśmy przeznaczonych do tego bardziej subtelnych przyrządów (hygrometr). W naszych poszukiwaniach opieraliśmy się na osobistych oględzinach i wskazówkach, jakich nam udzielali mieszkańcy. Nie możemy przeto pochwalić się tutaj bardziej ścisłemi danemi; jednak dane otrzymane z oględzin pozwoliły na ustalenie trzech stopni wilgoci: 1) duża, 2) umiarkowana, 3) niema wyraźnych śladów, jednak według wskazówek mieszańców wilgoć bywa zimą. Do pierwszej kategorji zaliczyć należy wszystkie domki (za wyjątkiem domku Nr. 5) linji Niweckiej, Nr. 2 — Milowickiej, Nr. Nr. 17, 11 i 8 linji Ząbkowice-Katowice — wogóle 10 domków: do kategorji drugiej (umiarkowana wilgoć) należą domki: Nr. 5 linji Niweckiej, Nr 2 — linji Milowickiej, Nr. Nr. 15b, 15a, 13, 12. 11, 8a, 7a linji Ząbkowice-Katowice oraz Nr 1 linji Zagórze, wreszcie kategorję trzecią (wilgoć stwierdzona przez mieszkańców zimą) Nr. Nr. 12, 10, 9, 6 linji Ząbkowice-Katowice i Nr. 2 — linji Zagórze — czyli 5 domków. Ostatnią kategorję możnaby odrzucić i zaliczyć ją do liczby domków wolnych od wilgoci w przypuszczeniu, że wilgoć jest pochodzenia wewnętrznego wskutek niedostatecznego w ciągu zimy wietrzenia; wobec tego domków wolnych od wilgoci byłoby nie 5, lecz 9, pozostałych zaś 19 (łącznie z domem Nr. 1 na Niwce) należałoby uznać za dotknięte wilgocią. Z tych to ostatnich 19-tu domków — 14 są wybudowane z wapniaka; przyczynę wilgoci łatwo ustalić, jeżeli zwrócić uwagę, że budowano je bez warstwy izolującej smołowca, którym

zwykle pokrywa się fundament. W domach ceglanych (nowego typu) spostrzegamy zupełnie co innego. Tutaj rolę promotora wilgoci może grać znajdowanie się domku w bardzo nieznacznej odległości i jednocześnie niżej od plantu, czego przykładem jest dom Nr. 15a linji Ząbkowice-Katowice.

Domki dróżnicze XVI-go rejonu lekarskiego posiadają 199 mieszkańców, pomiędzy którymi dorosłych osób jest 60, a resztę 139 stanowią dzieci. W jednym domku zamieszkuje średnio 7 osób, przyczem zaludnienie mieszkania w domku ceglanym (nowego typu) jak gdyby jest nieco mniejsze w porównaniu z mieszkaniami w domkach z wapniaka (dawnego typu), co wyraża się stosunkiem 6:7.

Jeżeli teraz zechcemy zużytkować dane dotyczące przestrzeni czyli kubaturę mieszkań tak w domkach dawnego typu, jakoteż i nowego, i przypomnimy sobie otrzymane wówczas dane (68, 78m.^{3} i 79,67 m.^{3}), to okazuje się, że na 1 mieszkańca w pierwszych przypada 9,82 m.^{3}, w drugich zaś 13,28 m.^{3} powietrza.

Zanim przejdziemy do dalszego rozpatrywania materjału, jaki posiadamy, narazie postaramy się podsumować powiedziane wyżej i wyprowadzić kilka cech charakterystycznych dla obu typów domków dróżniczych.

1° Choć w obu typach wykończenie wnętrza (ściany o wyprawie wapiennej, podłogi drewniane, piece kaflowe, kuchnie angielskie z fajerkami) jest jednakowe, jako też sposób wentylacji, chociaż w domkach dawnego typu (wapiennych) powierzchnia podłóg kuchennych jest nieco większa, aniżeli w domkach ceglanych, jednak wskutek mniejszej wysokości ilość przestrzeni (powietrza) w kuchniach w domach wapiennych jest mniejsza (o 2,4 m.^{3}), co również dotyczy sąsiedniego pokoju-sypialni (o 8,49 m.^{3}).

2° Kuchnie w domkach dawnego typu otrzymują światła słonecznego o połowę mniej, a pokoje sypialnie o $^1/_3$ mniej, aniżeli w domkach nowego typu.

Idąc dalej, należy zwrócić uwagę na duży stopień wilgoci w domach z wapniaka, wreszcie — względnie większe zaludnienie tych domków; wszystko to każe przypuszczać większą zachorowalność wśród mieszkańców domków dawnego typu (wapiennych). O ile przypuszczenie nasze jest zgodne z rzeczywistością, postaramy się sprawdzić je według „kartek rejestracyjnych"* za pierwsze półrocze. r. b.**.

---

*) Kartki rejestracyjne zostały zaprowadzone w pół roku mniej więcej po skupie kolei Warszawsko-Wiedeńskiej przez Rosjan, który nastąpił 14 I-1912 r. formatu około 10×16 cm, z cienkiego glansowanego papieru, posiadały dane, o ile pamięć mnie nie myli, następujące: imię i nazwisko chorego, wiek, rodzaj

W ciągu I-go półrocza r. b.** na ogólną liczbę 199 mieszkańców domków dróżniczych zarejestrowano 87 najróżnorodniejszych zachorowań, z pomiędzy których najczęstszemi były cierpienia przewodu pokarmowego, a mianowicie 24 (27,5$^0/_0$), następnie idą po kolei: próchnica zębów — (17,2$^0/_0$), cierpienia dróg oddechowych 12 (13,7$^0/_0$), gruźlicy zdeklarowanej nie stwierdzono, z cierpień chirurgicznych (z małej chirurgji) 9 (10,3$^0/_0$), chorób skórnych niezakaźnych 6 (6,8$^0/_0$), chorób zakaźnych (grypa, angina lacunaris) 7 (8,04$^0/_0$), chorób nerwowych 4 (4,5$^0/_0$), narządów wzroku (conjunctivitis, keratitis) — 4 (4,5$^0/_0$), gościec mięśniowy — 3 (3,4$^0/_0$), przewlekłe cierpienia serca — 2 (2,25$^0/_0$), niedokrwistość — 1 (1,25$^0/_0$).

Z pośród przytoczonych jednostek chorobowych zwraca na siebie uwagę duża liczba cierpień żołądkowych, jakoteż o połowę mniejsza — dróg oddechowych, a znów z drugiej strony bardzo nieznaczna — gośćca mięśniowego, którego 2 wypadki spostrzeżono w domkach 15b i 15a linji Ząbkowice—Katowice; w ten sposób nasze przypuszczenia co do szkodliwego wpływu wilgoci w powstawaniu gośćca mięśniowego znajdują tylko nieznaczne potwierdzenie; co się zaś tyczy wpływu wilgoci na powstawanie innych zachorowań n. p. gruźlicy, krzywicy, wobec niezanotowanią ani jednego przypadku żadnych wniosków wyprowadzić się nie daje. Jeżeli uważamy za stwierdzone do pewnego stopnia, że „morbus in tenebris floret“, to jednak w domkach dawnego typu, pomimo stosunkowo mniejszej ilości posiadanego światła i większego ich zaludnienia, nie daje się to zauważyć, i zachorowalność tak domki z wapniaka, jak i ceglane dotyka jednakowo nie robiąc specjalnego wyboru.

Co się tyczy przyczyny zachorowań przewodu pokarmowego (27,5$^0/_0$), które, jak podaliśmy wyżej, dominują wśród innych chorób mieszkańców domków dróżniczych, wydaje się tym razem, że prawie bez omyłki można przypuścić, iż znajduje się ona nie wewnątrz domów, lecz nazewnątrz, w sferze otaczającej, gdzie na pierwszy plan występują studnie.

---

zajęcia na służbie, stan cywilny i rodzinny, rozpoznanie choroby (każda nowa choroba tego samego osobnika wywoływała potrzebę użycia nowej kartki); osobne miejsce poświęcone było kile i gruźlicy. Notowanie danych odbywało się chemicznym ołówkiem przez kalkę w dwóch egzemplarzach, z których jeden pozostawał u lekarza, drugi zaś lekarz odsyłał do biura Lekarza Naczelnego, które mieściło się na I-em piętrze w domu prywatnym przy ulicy Chmielnej № 65. Na karcie rejestracyjnej wypisywano datę 1-ej wizyty w domu chorego lub też przyjścia po raz pierwszy do przychodni z daną chorobą, daty następnych wizyt (z tą samą chorobą) odnotowywano na odwrocie tej samej karty.

**) 1913 r.

Znajdujące się w podwórzach domków dróżniczych studnie można podzielić na otwarte oraz zakryte, z cembrowiną z cegieł, cementu lub drewnianą, na studnie proste lub zaopatrzone w pompę. Z liczby 24 studzien w 11-tu wypadkach wykryto studnie otwarte (45,9$^0/_0$ — Nr. 3 linji Milowice, Nr. Nr. 1, 2, 3, 4, 5, 6 — Niweckiej, Nr. Nr. 17, 16a, 15a — linji Ząbkowice — Katowice oraz Nr. Nr. 1 i 2 linji Zagórze), pozostałych 13 (54,1$^0/_0$) są zakryte, z których 4 (Nr. Nr. 15b, 11 linji Ząbkowice—Katowice, Nr. 3 linji Niweckiej, i Nr. 1 linji Milowice) posiadają pompy (30,7$^0/_0$). — W stosunku do charakteru cembrowiny tylko jedna studnia, i to nieczynna, posiada ją z wapniaka (4,1$^0/_0$—przy domku Nr. 3 linji Milowickiej), drewnianą cembrowinę mają 3 studnie (12,5$^0/_0$ — Nr. 17 linji Ząbkowice — Katowice oraz Nr. Nr. 1 i 2 linji Zagórze), pozostałych 20 studzien (83,3$^0/_0$) mają cembrowinę z cegieł. Zupełny brak studni stwierdzono przy domkach: Nr. 2 linji Milowice, Nr. 1 linji Niweckiej i Nr. 7a linji Ząbkowice—Katowice. — Pod względem głębokości studnie można podzielić, jak następuje: największą głębokość około 15 metrów posiadają 3 studnie przy domkach Nr. Nr. 10 i 11 linji Ząbkowice—Katowice i Nr. 1 linji Milowice, najmniejszą 2 (2,20 m.) przy domkach Nr. 12a i Nr. 17 linji Ząbkowice — Katowice, w pozostałych głębokość waha się między 3 a 7—8 metrów. W braku odpowiednich urządzeń i przyrządów nie było mowy o ścisłem chemicznem określeniu jakości wody na miejscu; w tym względzie musieliśmy polegać na opinji mieszkańców i na własnych zmysłach wzroku, smaku i powonienia. Wodę całkowicie ze zgniłym zapachem znaleziono w 45,9$^0/_0$ studzien, a mianowicie przy domkach: Nr. 3 linji Milowice, Nr. Nr. 15b, 15a, 17, 9 i 8 linji Ząbkowice — Katowice, zlekka zgniłą przy domku Nr. 6 linji Niweckiej, nieczystą przy domku Nr. 1 tej samej linji, odrażającą przy domku Nr. 12 linji Ząbkowice — Katowice, a wreszcie zupełnie nie do użytku (nieczystą i zgniłą) przy domkach Nr. Nr. 1 i 2 linji Zagórze. Doskonałą w smaku, zupełnie czystą, bez zapachu wodę wykryto w głębokich studniach przy domkach Nr. Nr. 10 i 11 linji Ząbkowice — Katowice (8,2$^0/_0$), dobrą i czystą zupełnie, jednak zodbrzaskiem ściągającym (twardą w smaku) 11 razy (45,9$^0/_0$ — Nr. 1 linji Milowice, Nr. 1 linji Saturn, Nr. Nr. 2, 3, 4, 5, 6 linji Niweckiej, Nr. Nr. 16a, 13, 14,6 linji Ząbkowice-Katowice.

Jeżeli teraz zestawimy otrzymane dane procentowe, to okazuje się, że prawie w połowie domków woda jest niezdatna do użytku wewnętrznego, wobec czego staje się zrozumiałą do pewnego stopnia wysoka odsetka cierpień przewodu pokarmowego wśród mieszkańców! Ciekawem jest, jak ci ludzie prowadzą walkę z brakiem wody, lub

też jej złym gatunkiem; mieszkańcy przeto domków Nr. Nr. 2 i 3 linji Milowickiej biorą wodę z sąsiedniej Huty „Milowice", która otrzymuje ją z kopalni „Wiktor", skąd wodę przeprowadza się rurami ze studni, znajdującej się w Hucie, głębokości około 20 metrów, z cembowiną ceglaną: woda ta jednak w smaku gorzkawa z posmakiem gliny; dom mieszkalny Nr. 1 linji Niweckiej wykorzystuje wodę ze studni artezyjskiej na kopalni „Niwka"; dom dróżniczy Nr. 7a linji Ząbkowice-Katowice używa wodę z sąsiadującej z nim pompowni, jednak gatunek jej nieszczególny, gdyż pochodzi ona z dopływu rzeki Przemszy, z którym ma łączność woda z kopalni „Flora", i zawiera wymoczki (infuzorje), jako też daje osad ciemny gąbczasty; rozbiór tej wody (10 VII 1911) wykazał ślady amoniaku oraz części organicznych. Domek Nr. 15b otrzymuje wodę ze studni obok sąsiednich baraków, Nr. 17 z siąsiadującej z nim pompowni (woda z rzeki Brynicy, nadaje się raczej do użytku zewnętrznego), Nr. Nr. 8 i 8a kupują wodę (otrzymują za pieniądze) z kopalni „Paryż" (woda rzeczna, filtrowana), Nr. 1 linji Niweckiej z sąsiedniego domu mieszkalnego Nr. 10, domki Nr. Nr. 1 i 2 linji Zagórze ze studni domu mieszkalnego Towarzystwa Franko-Rosyjskiego (woda dobra, wodociągowa, z kop. „Klimontów").

Ustępy przy domkach dróżniczych pod względem struktury są bardzo urozmaicone: począwszy od prymitywnych kilku byle jak skleconych desek ponad płytkim dołem, a kończąc na normalnym ustępie z dołem wymurowanym cegłą na cement oraz z budką drewnianą o jednym lub dwu sedesach. — Zupełny brak ustępu stwierdzono przy domkach Nr. 3 linji Milowice, Nr. Nr. 5 i 1 linji Niweckiej, Nr. Nr. 14, 11, 10, 8, 8a linji Ząbkowice-Katowice i Nr. 1 linji Zagórze (33,3$^0/_0$). Bardzo prymitywnej budowy, dokonanej siłami mieszkańców (stare deski, podkłady, dół bardzo płytki), ustępy stwierdzono przy domku Nr. 6 linji Niweckiej, Nr. Nr. 17, 7a, 6 linji Ząbkowice-Katowice (14,8$^0/_0$), zaś typu bardziej zbliżonego do normalnego (z dołem ocementowanym) przy domkach Nr. Nr. 15b i 13, z dołem wyłożonym cegłą przy domku Nr. 15a linji Ząbkowice-Katowice. Ustępy są utrzymywane znośnie: czasami tylko spotyka się zanieczyszczenie podłogi, sedesy naogół czyste. — Jeżeli połączymy razem stosunek procentowy zupełnego braku ustępu (33,3$^0/_0$) z ich bardzo prymitywną strukturą (14,8$^0/_0$) — [33,3$^0/_0$ + 14,8$^0/_0$ = 48,1$^0/_0$] — to okazuje się, że prawie połowa wszystkich domków nie posiada tego tak ważnego urządzenia hygienicznego!

Podwórza przylegające do domków dróżniczych zwykle są bardzo niewielkie i stanowią przestrzeń niezarosłą trawą (wyjątek sta-

nowi domek Nr. 6 linji Niweckiej porosły całkowicie trawą); przestrzeń tę tworzy udeptana ziemia (z wyjątkiem domku Nr. 11 linji Ząbkowice-Katowice, gdzie podwórze jest wybrukowane kamieniem wapiennym); podwórza otacza palisada z podkładów (jednak przy domku Nr. 1 linji Miłowice podwórze otoczone drewnianą kratą). Utrzymanie podwórz w czystości podlega znacznym wahaniom, a więc b. czyste wykryto w 7,5% (domki Nr. 12a linji Ząbkowice-Katowice i Nr. 1 linji Zagórze), przeciwnie — b. niechlujne w 18,5% (Nr. Nr. 2 i 3 linji Niweckiej, Nr. Nr. 2 i 3 linji Milowice i Nr. 12 linji Ząbkowice-Katowice), w pozostałych — średni stopień czystości (74%). Zanieczyszczenia bardzo urozmaicone: to niewielkie kałuże i śmiecie, to znów aż całe sterty nawozu; pierwsze na szczęście napotkaliśmy tylko dwukrotnie (domki Nr. 2 linji Niweckiej i Nr. 2 linji Ząbkowice-Katowice), sterty nawozu również dwa razy tylko przy domku Nr. 1 linji Saturn i domku Nr. 2 linji Milowice, śmiecie zaś w obfitości przy domkach Nr. Nr. 2 i 3 linji Niweckiej. O istnieniu zamykanych śmietników niema mowy; śmiecie i odpadki kuchenne składane są na kupę, co prawda nie obok domu, lecz pod parkanem, gdzie również składany jest nawóz. Zawartość dołów kloacznych, jako też wspomnianych stert śmieci mieszkańcy zużywają dla unawożenia znajdujących się w siąsiedztwie ogródków.

Roślinność przy domkach dróżniczych naogół bardzo uboga: istnieje 9 domków, gdzie wpobliżu niema ani jednego drzewa lub drzewka (Nr. 1 linji Saturn, Nr. Nr. 3 i 4 linji Niweckiej, Nr. Nr. 17, 16a, 15a, 14, 8a, 7a linji Ząbkowice-Katowice), w trzech wypadkach zauważono tylko po jednem drzewie (Nr. Nr. 11, 8 i 6 linji Ząbkowice-Katowice), po 2 w dwóch wypadkach (Nr. Nr. 1 i 2 linji Niweckiej), po 3 odnotowano 4 razy (Nr. 3 linji Milowice, Nr. Nr. 5 i 6 linji Niweckiej oraz Nr. 10 linji Ząbkowice-Katowice), po 4 — 2 razy (Nr. 1 linji Milowice i Nr. 1 linji Zagórze), od 6—8 drzew — 4 razy (Nr. 2 linji Milowice, Nr. Nr. 15b, 15a i 9 linji Ząbkowice-Katowice). Ogródki z 10—15 drzewami wykryto 3 (Nr. 2 linji Zcgórze, Nr Nr. 12, 13 linji Ząbkowice-Katowice). Wogóle $^{1}/_{3}$ część wszystkich domków jest zupełnie pozbawiona drzew, a te, które są, z bardzo małemi wyjątkami (Nr. Nr. 15b, 12, 13 linji Ząbkowice-Katowice) dają b. mało cieniu z powodu nierozwiniętych gałęzi i niewielkiej wysokości. Z pomiędzy drzew najbardziej rozpowszechniona jest wiśnia, gruszka, jabłoń i akacja, gdzieniegdzie spotykamy topole i bez.

Ogródki, istniejące przy domkach dróżniczych, pod względem wielkości są bardzo niejednolite: od zupełnego braku w 8-miu wypadkach (Nr. Nr. 3, 5, 6 linji Niweckiej, Nr. 3 linji Milowickiej, Nr. 1

linji Saturn, Nr. Nr. 15a, 11, 14 linji Ząbkowice-Katowice) do 9, 50, 80, 100 lub 150 sążni kwadratowych, średnio 75 sążni kwadratowych*. Sądząc z zewnętrznego wyglądu ogródków, należy przyjść do wniosku, że mieszkańcy domków dróżniczych nie wykazują dużego zainteresowania w tym kierunku, napróżno tu szukać przebłysków chęci zaprowadzenia ulepszeń, innowacji, wszędzie natomiast panuje rutyna: kartofle, kapusta, mak, marchew, wszystko bardzo mizerne, rośnie, jak Bóg da. Zdaje się jednak, że przypisywanie całkowicie winy mieszkańcom nie byłoby zupełnie sprawiedliwe: dróżnicy obchodowi i przejazdowi stale zajęci są służbą, ich żony zaś (niektóre z nich w dodatku pełnią służbę dróżniczek) zajęte są przeważnie zaspakajaniem potrzeb swej zwykle licznej rodziny; czyż tu nie ponosi winy do pewnego stopnia zmęczenie i brak czasu?

Pomimo niezawsze zgodnych z postulatami hygjeny warunków życia, jednak zachorowalność wśród mieszkańców domków dróżniczych jest wogóle bardzo nieznaczna, przeważnie dotyczy lekkich zaburzeń żołądkowych, jako też niewielkich zachorzeń organów oddechowych, przy zupełnym braku (co należy podkreślić) gruźlicy oraz krzywicy (w I-szem półroczu r. b.**): warunki służby stale na świeżem powietrzu hartują człowieka, pożywienie proste i wogóle nieskomplikowany tryb życia zbliżają go do mieszkańców wsi, w odróżnieniu od których posiada bardziej wygodne i hygjeniczne mieszkanie; dyscyplina służbowa ze swej strony wywiera dobroczynny wpływ moralny: wśród mieszkańców domków dróżniczych nie napotkałem ani razu zdeklarowanego, nałogowego pijaka. — Kto wie, czy nie jest to wogóle godne zazdrości, równe, spokojne życie?.....

Tezy:

1. Typ domków dróżniczych z wapienia, choć tańszy, jednak do pewnego stopnia pielęgnuje wilgoć.
2. Przy budowie nowych domków w celu otrzymania największej ilości światła należy budować je na równej wysokości z plantem w ten sposób, aby większość okien była zwrócona na południo-wschód lub na południo-zachód.
3. Należy przedsięwziąć wszelkie możliwe środki dla osuszenia wilgotnych mieszkań, a w tym celu należy zwrócić uwagę na tani sposób, mianowicie na dzikie wino, które, posadzone i rozpięte na ścianach domków, powinno mieć wpływ dodatni na osuszanie fundamentów.

*) Co odpowiednio w miarach metrycznych wynosi: 40,96 $m.^2$, 227,6 $m.^2$ 364,16 $m.^2$, 455,2 $m.^2$, 682,8$m.^2$, średnio 341, 4 $m.^2$.
**) 1913 r.

4. Rodziny posiadające większą ilość członków, winny mieć pierwszeństwo w otrzymywaniu bardziej suchych mieszkań, przeto, przydzielając mieszkania, należy zwrócić uwagę na liczbę dzieci.
5. Wobec istniejącego przepełnienia należy zwracać baczną uwagę na to, aby obcy lokatorzy nie byli przyjmowani na mieszkanie do domków dróżniczych.
6. Wobec skupienia na niewielkiej przestrzeni dużej ilości osób należy zwracać szczególną uwagę na choroby zakaźne wśród, mieszkańców domków dróżniczych.
7. Rejestracja zachorowań przewodu pokarmowego w celu wykrycia ich przyczyny każe zwracać uwagę na numery domków dróżniczych: poblizka studnia nawet bez rozbioru wody nieraz wskaże, skąd choroba wzięła początek.
8. Zaopatrzenie w wodę ponieważ jest niezadawalniające pod względem jakościowym, konieczną przeto staje się coroczna rewizja studzien wraz z rozbiorem wody tak studziennej, jakoteż i z pompowni.
9. Miejsca ustępowe powinny być zbliźone do typu normalnego (dół wymurowany cegłą lub wylany cementem, nad nim budka drewniana) z liczbą sedesów odpowiednio do liczby mieszkań (po jednym sedesie na każde mieszkanie).
10 Pożądane byłoby wyznaczanie premji za hodowlę drzew i krzewów, jakoteż pielęgnowanie ogródków warzywnych.

* * *

Na tem kończy się odczyt z 1913 r. w przekładzie.

* * *

Dawna kolej Warszawsko-Wiedeńska, nasza, polska kolej, w dniu 14/I-1912 r. (1 stycznia według st. st.) skupiona została przez rząd rosyjski, który zaprowadził swój urzędowy język, i dlatego odczyt który podaliśmy wyżej, o ile miał się odbyć, w swoim czasie musiał być wygłoszony po rosyjsku.

Gospodarka rosjan była niedługa, trwała przez $2^1/_2$ roku od 14/I-1912 r. do 1 VIII-1914 r., i wolno, ale konsekwentnie, zmierzała do „obrusieńja", jednak przez tak krótki przeciąg czasu wielkiej szkody wyrządzić nie mogła. Przyszła wielka zawierucha wojenna, w pierwszych dniach sierpnia 1914 r. zajęte zostało przez niemców i austrjaków Zagłębie Dąbrowskie, wprowadzono na kolei wojenne „porządki", niewiele one jednak na dobrze znanym mi terenie kolejowym zmie-

niły. A wreszcie po owym wielkim dniu 11/XI-1918 r., gdy „oni“ odeszli, zgłosili się do opuszczonych domków dróżniczych dawni przejazdowi i obchodowi, zaczęli zajmować dawne swe siedziby..... Czy zastali je i jak zastali, postaramy się obecnie w ogólnych zarysach ujawnić.

Przedtem jednak należy uprzytomnić sobie, że to, co obecnie widzimy na terenie Zagłębia, stan według opisu inwentarjalnego z dnia 1/IV-1929 r., różni się i to dość znacznie od stanu faktycznego z 1913 roku, gdyż wówczas linje z Dąbrowy do Zagórza, z Sosnowca Radomskiego do Kazimierza, ze Strzemieszyc do Zagórza i do Niwki były szerokotorowe i jako takie wchodziły w skład kolei Iwangrodzko-Dąbrowskiej, co, tłomacząc na język dzisiejszy, oznaczać miało kolej z Dęblina do Dąbrowy Górniczej. Linje te w czasie wojny zostały prędko przez niemców i austrjaków doprowadzone do szerokości przyjętej na Zachodzie i takiemi pozostały do dzisiaj, lecz wówczas jako obce, choć znajdowały się w Zagłębiu, w skład Oddziału XVI lekarskiego nie wchodziły. Również linje Ząbkowice — Łazy, Ząbkowice— Grodziec oraz Ząbkowice — Maczki (dawna Granica), chociaż normalnotorowe, jednak jako należące do obcych oddziałów iekarskich, nie zostały uwzględnione w odczycie z 1913 r., który przytoczyliśmy w tłomaczeniu. Tytuł więc odczytu „Stan sanitarny domków dróżniczych w Zagłębiu Dąbrowskiem“ należy pojmować nie tak szeroko, jakby należało, gdyż właściwie mówi on o stanie sanitarnym domków na terenie wyłącznie ówczesnego Oddziału XVI lekarskiego, a nie całego Zagłębia węglowego, jak my je dziś pojmujemy. Po tem omówieniu, które, nie chcąc się minąć z prawdą, było konieczne, na terenie, zwężonym przez nas umyślnie dla tem łatwiejszego porównania z dawnemi warunkami, postaramy się obecnie ujawnić bardziej widoczne różnice między dawnym przedwojennym a obecnym stanem tych 27 domków, o których mówiliśmy w odczycie z przed lat 17-u.

A więc przedewszystkiem zmiana nastąpiła w podziale Zagłębia na oddziały (rejony) lekarskie: to, co dawniej tworzyło jeden wielki oddział XVI lekarski, z dn. 1/IV-29 r. uległo podziałowi na dwa rejony, a mianowicie rejon XVIII-ty „Dąbrowa“ i rejon XIX-ty „Sosnowiec“.

Na tych dwu rejonach lekarskich liczba domków zmieniła się nieco; obecnie zaliczyć na ich dobro należy 3 domki na linji Gołonóg—Ząbkowice (na klm. 14,5, 15,8 i 16, 55), a z dawnych linji szerokotorowych na linji Dąbrowa—Zagórze 2 domki (klm. 0,4), 15 domków na linji Kazimierz—Sosnowiec R. i 7 domków na linji Strzemieszyce — Zagórze — Kopalnia „Niwka“. Natomiast na minus zapisać trzeba domek Nr. 11 na kilometrze 8,7 linji Ząbkowice—Sosnowiec, który został rozebrany przez okupantów.

Zmienił się również kilometraż: gdy przed wojną liczono wiorsty od stacji Ząbkowice w stronę Katowic, obecnie po wojnie jest odwrotnie, i kilometry liczą się od strony Katowic ku Ząbkowicom, numeracja jednak domków pozostała, jak dawniej, ta sama.

Po tej dygresji trzymać się będziemy wytkniętego planu i zajmiemy się zmianami, jakie zaszły w zaludnieniu. Ostatnie obliczenia, dokonane przed miesiącem, wykazują, że ludność omówionych przez nas 27 domków wynosi obecnie 157 osób, w czem 34 mężczyzn, 30 kobiet i 93 dzieci, czyli że liczba mieszkańców spadła w ciągu okresu 17 lat ze 199 na 157, co wynosi 42 osoby. Dawny (z 1913 r.) stosunek dorosłych do dzieci 30,16$^0/_0$: 69,84$^0/_0$ uległ zmianie na niekorzyść dzieci i wynosi obecnie 40,76$^0/_0$: 59,24$^0/_0$, czyli że liczba dzieci spadła zgórą o 10,5$^0/_0$. Ponieważ w trzech domkach (Nr. 2 klm. 15,8, Nr.1 klm. 15,15 linji Gołonóg—Ząbkowice, Nr. 2b linji Pogoń—Milowice) mieszkają kawalerowie, przeto na 31 żonatych ojców rodzin wypada 93 dzieci, czyli że przeciętna liczba dzieci na rodzinę wynosi 3, a więc w jednym domku zamieszkuje średnio nie 7 osób, jak przed wojną, lecz 5 tylko, co — naturalnie — nie może być bez wpływu na ilość przestrzeni przypadającej na 1 mieszkańca i co z punktu widzenia hygieny należy uważać za zjawisko korzystne. Dla ścisłości należy jednak dodać, że również niektóre małżeństwa są bezdzietne (domki Nr. 3 na klm. 1,0 i Nr. 4 na klm. 2,0 linji Dąbrowa—Zagórze, domek Nr. 2b klm. 0,73 linji Sosnowiec—Pogoń i Nr 2b na linji Pogoń—Milowice), a zatem jeżeli przyjąć to pod uwagę, to średnia liczba dzieci powinna wynosić na jeden dom nie troje, jak podaliśmy wyżej, lecz nieco więcej (3,5 czyli 7 dzieci na 2 domki).

Uważane przez nas za korzystne z punktu widzenia hygieny zmniejszenie liczby mieszkańców domków dróżniczych, z drugiej strony budzi innego rodzaju refleksje.

Dane liczbowe, któremi się tutaj posługujemy, mogłyby mówić bardzo wiele, czy jednak mamy prawo wyciągać z nich wnioski, jeżeli zwrócimy uwagę na przedział 17-tu lat, jaki nas dzieli? Warunki wtedy były odmienne, przemysł w Zagłębiu tętniał życiem, miał bowiem duże rynki zbytu na Wschodzie, gdy Rosja szeroko stała otworem; siła nabywcza pieniądza była większa, a przytem długie lata spokoju..... Wybuch wojny wywołał zupełną zmianę konjunktury: całe cztery lata spędzone poza służbą, gdy kolej była pod władzą wojskową okupantów, a potem oglądanie się w wyniszczonym kraju za chlebem i troska, czy go się znajdzie, a gdy się znalazł, to znów sprawa znacznie niższych w porównaniu z przedwojennemi wskutek podroże-

nia życia płac, a przytem zwiększona podaż rąk do pracy, a z nią większa trudność dostania się i utrzymania na posadzie, i znów nowa troska o wychowanie dzieci.... Oto są przyczyny, dla których liczba dzieci w rodzinie musiała się skurczyć.

W II-em półroczu 1929 r. wśród 157 mieszkańców domków dróżniczych odnotowano cierpień dróg oddechowych 20, zachorowań przewodu pokarmowego — 22, wykryto natomiast, czego nie było przed 17-tu laty, 3 wypadki gruźlicy i krzywicy 4 wypadki. W stosunku do ogólnej liczby zachorowań 88 w tym okresie czasu cierpienia dróg oddechowych (bez gruźlicy) wyrażają się w 19,31%, zaś przewodu pokarmowego wynoszą 25% ogólnej liczby zachorowań (odpowiednie dane w roku 1913 wynosiły dla pierwszych 13,7%, dla drugich 27,5%). Zwiększona w porównaniu z 1913 rokiem liczba zachorowań dróg oddechowych może znaleźć wytłomaczenie w panującej jesienią 1929 r. grypie; co się zaś tyczy względnie wysokiej liczby zachorowań przewodu pokarmowego, co do których dane z obu terminów (przed wojną i obecnie) niewiele się różnią (27,5% i 25%), przypuścić należy, że albo 1° pomimo niedawno wykonanej starannie analizy wody ze studzien przy domkach dróżniczych sprawa polepszenia dobroci wody dotychczas pozostaje jeszcze w zawieszeniu, albo też—2°, że duży % zachorowań „na żołądek" zależeć może od warunków odżywiania, od spożywanych pokarmów, a tu już w grę wchodzi szereg czynników, jak sposób przygotowania pożywienia, czas przyjmowania pokarmów, ogólny stan zdrowia.

Wspomniane przez nas 3 wypadki gruźlicy i 4 choroby angielskiej (w II-em półroczu 1929 r.) każą się nad niemi głębiej zastanowić. Choć to już dwunasty rok mija naszej niepodległości, jednak na pokoleniu, które przeżywało walkę o nią, i na jego potomstwie, walka ta odbić się niekorzystnie musiała. Bolesna ta struna niedomagań powojennych, a którą potrącić tu musimy, brzmi smutnem wspomnieniem trudnych w czasie wojny i zaraz po niej warunków mieszkaniowych oraz warunków odżywiania, gdy ludność zamiast normalnych produktów spożywać musiała odpadki lub surogaty, mieszkała byle gdzie, nawet w wilgotnych piwnicach, pracować musiała bardzo ciężko nieraz w zupełnie sobie obcych, odmiennych warunkach pracy, ponieważ niektóre, jak n. p. na kolei, warsztaty pracy z powodu okupacji były dla niej przeważnie zamknięte. Wiadomo przeto, że ludzie nieraz nawpół głodni, z nadszarpanemi nerwami wyprodukować musieli pokolenie słabsze, a organizmy mało odporne. I chociaż spotkać nas może zarzut, że w wywodach naszych opieraliśmy się na analizie obliczeń tylko z jednego półrocza tak z 1913 r., jak i 1929 r., że

wyniki o wiele dokładniejsze możnaby otrzymać przy dłużej trwającej obserwacji i że to, co otrzymaliśmy, być może, jest tylko zjawiskiem przypadkowem, jednak uważaliśmy za konieczne podkreślić to, co nie przewagą liczb, lecz jako sygnał ostrzegawczy przed klęską społeczną zwróciło naszą uwagę.

Trzeba przyznać, że wywalczona z dużą energją ogólna poprawa warunków hygjenicznych na kolei, spostrzegana obecnie, spowodowała, że w protokułach Komisji Sanitarnych, które odbywają się na wiosnę i jesienią, coraz rzadziej spostrzegamy obraz skandalicznych stosunków zaniedbania, w jakich dawniej przed wojną znajdowały się *podwórza* przy domkach dróżniczych, śmietniki i ustępy. Wiadomą jest rzeczą, że dróżnik, chłop z chłopa, jak to mówią, a więc konserwatysta, chętnieby zachowywał poczesne miejsce na podwórzu dla t. zw. gnojówki", nieraz też niecierpliwa ręka gospodyni wychluśnie pomyje z przed drzwi lub przez okno daleko, daleko... Jednak wszystko to napotykamy coraz rzadziej, a winna temu bardziej ścisła i uparta opieka sanitarna, no i... postępująca oświata, a z nią oprócz innych „uświadomień" i uświadomienie w sprawach sanitarnych.— Opłakane warunki, na jakie narzekaliśmy w 1913 r. pod względem *ustępów*, uległy radykalnej zmianie na lepsze: obecnie mieszkańcy domków dróżniczych mają zapewnione korzystanie z ustępów drewnianych na dołach murowanych; ustępy te utrzymywane są naogół czysto. Zabudowania gospodarcze, jakoteż piwnice, murowane, wznoszą się na czysto uprzątniętem podwórzu, przy wielu domkach w znacznej części nawet już wybrukowanem.

Gdy przed 17-tu laty, w czasie niewoli moskiewskiej, *studnie* kolejowe badane były doraźnie, i ani ogólnej, ani tembardziej szczegółowej ich charakterystyki Wydział Sanitarny (wówczas „Lekarsko-Sanitarny") nie posiadał, w naszych już czasach, z końcem 1926 r. rozesłana do lekarzy rejonowych ankieta utworzyła materjał, z którego i wnioski ogólne, i dane szczegółowe dały się łatwo wyprowadzić. Skąpe pozostałości z przed 17-tu lat w tym względzie nie pozwalają na wykazanie różnic, a byłyby one na niekorzyść dawnych czasów w porównaniu ze stanem obecnym napewno znaczne, z dużem przeto odczuciem spełnionego obowiązku należy powołać się tu na dane, otrzymane świeżo (23 V-30) z Pracowni przy Centralnej Przychodni Dyrekcji K. P. w Warszawie, z których wynika, że w Zagłębiu wszystkie studnie (47) pod względem chemiczno-bakterjologicznym zostały już zbadane, a pomiędzy niemi — naturalnie — istniejące przy domkach dróżniczych. Że sprawa posuwa się naprzód, dowodem tego jest, że na ogólną liczbę około 2000 studzien, jakie znajdują się na

terenie Dyrekcji K. P. w Warszawie, już prawie 35% (683) posiada ścisłą charakterystykę chemiczno-bakterjologiczną w obecnej chwili. Należy przeto mieć nadzieję, że wkrótce zapewne braki wykryte w wodzie studziennej zostaną usunięte czy drogą uzupełnienia zauważonych braków konstrukcji (brak przykrycia, brak stałego wiadra, istniejąca jeszcze gdzieniegdzie drewniana cembrowina), czy też przez wpływ chemicznych środków oczyszczających (chlorowanie).

Podkreślony w odczycie przed 17-tu laty pożytek *obsadzania domków dróżniczych winem dzikiem*, pamiętam, jaką podczas owego Zjazdu w 1913 r. wywołał opozycję: zaprzeczano całkowicie własnościom osuszającym tego pnącza i podnoszono, że właśnie domy porosłe dzikiem winem są siedliskiem wilgoci. Gołosłowność podobnego zdania zbijają całkowicie od szeregu lat umieszczane w prasie artykuły Prof. E. Jankowskiego oraz świeża notatka (z dnia 15-V-30 r.), którą p. Prof. Jankowski był łaskaw w mojej obecności napisać, a którą przytaczam tu w całości. „Twierdzę stanowczo, że wszelkie rośliny pnące i wijące się mogą okrywać ściany domów mieszkalnych, nie zawilgocając ich, ale przeciwnie osuszając. Wielką ilością swych liści wyparowywują przecież ogromne ilości wody, które czerpią z pod fundamentów domu. Każdy łatwo może się o tem przekonać. Niech pod jesień, a i w lecie nawet, poprobuje wykopać dół obok korzeni tych roślin, a zobaczy, że ziemia jest tam tak wysuszona, że ją tylko oskardem wyrąbać można."

Dla wielu osób poruszona przed chwilą sprawa być może będzie tylko zwykłą ciekawostką; pamiętając jednak o niej, musimy uznać za właściwe zastosowanie jej w domkach dróżniczych dotkniętych wilgocią (a więc dawnego typu — wapiennych) właśnie w Zagłębiu. Należałoby przeto owe domki tytułem niezawodnej próby poobsadzać winem dzikiem lub też innemi pnączami, które — jako takie — mają również własności odwadniające grunt, na którym rosną, a których jest cały szereg, jak np. wino dzikie (— Vitis v. Ampelopsis quinquefolia lub Ampelopsis muralis hederacea), jako też japońska odmiana Vitis Weitschii, wreszcie Vitis odoratissima — amerykański pnącz pachnący; należy pamiętać i o powojnikach (Clematis), a zwłaszcza o wonnym powoju (Caprifolium), nie zapominając również o pnących różach. Na zachodzie i południu Polski, w Wielkopolsce lub na Śląsku wielkie domy do kilku pięter nieraz wysokości bywają pokryte pnączami (Zamek i Uniwersytet w Poznaniu); praktyczny zmysł tamtejszych mieszkańców napewnoby nie powodował się estetycznym sentymentem i ogołociłby domy z tych wielce dekoracyjnych roślin bez żadnego skrupułu, gdyby one były szkodliwe; i zostałyby również ze ścian

domów usunięte porozpinane starannie pnące róże, motyw zdobniczy powtarzający się dość często, a który łatwo spostrzedz, pomijając inne przykłady, na jednym z domów przy ulicy Hallera w maleńkim Pucku na Pomorzu. Wreszcie — i u nas w Warszawie, nietylko w nowej dzielnicy miasta, na kolonji Staszica i Lubeckiego, coraz częściej spostrzegamy tę niezwykle miłą dekorację pnączami części lub nieraz całych fasad, czem pochwalić się może, nie szukając daleko, np. oficyna w podwórzu domu Nr. 14 przy ulicy Wareckiej, domy przy ulicy Służewskiej Nr. 3, przy ulicy Nowowiejskiej Nr. Nr. 16 i 20, Szpital Wolski częściowo, Szpital Św. Rocha, oficyna w Szpitalu Kolejowym, dom Hersego przy ul. Marszałkowskiej.

Zstępując wzrokiem ze ścian pięknie udekorowanych pnączami do ogródka przy domku dróżniczym niewielkiego, jak niewielkim jest sam domek, chciałoby się widzieć ogródek w swej ozdobnej części zajętym przez harmonijnie ugrupowane kwiaty, a część drugą użytkową, warzywną, utrzymaną również starannie, oddzieloną odeń płotkiem strzyżonym z ligustru lub głogu (Crataegus). Chciałoby się snuć dalej fantazję na temat postaci, jaką ogródek dróżnika mieć winien w przyszłości.... Lecz jak dawniej, przed 17-tu laty — niestety — i dziś spostrzedz tu musimy brak, brak.... zamiłowania. Budzić je trzeba, urządzać pokazy, szkolić w tym kierunku, tak jak się szkoli kolejarzy w pszczelnictwie i jedwabnictwie, wyznaczać za lepiej utrzymane ogródki nagrody, a gdy jedno, drugie pokolenie przejdzie, za lat 50 mniej więcej, ogródki przyjmą postać napewno inną, niż dzisiejsze, zasnute pajęczyną śpiącej rutyny. Jak wszędzie bowiem, tak i tu, chodzi o to, aby się palił ciągle i równo „oświaty kaganiec“.....

* * *

Pracę niniejszą, w większości swej retrospektywną, może spotkać zarzut, że obecnie — jako trącąca już myszką — niepotrzebnie ukazała się na światło dzienne. Uważałem jednak za wskazane opublikowanie tego poniekąd przyczynku do analizy hygienicznej na niewyzyskanym dotychczas gruncie dla dwu powodów, gdyż — po pierwsze — praca ta posiada w pewnej mierze charakter dydaktyczny, stanowiąc niejako wzór, szablon, i może zachęcić do dalszych badań w tym kierunku, które powinnyby oprzeć się na danych bardziej ścisłych i bardziej obfitych, aniżeli te, któreśmy tu podali. Potrzebne będą studja dłuższe, a jako ich rezultat okażą się wyniki bardziej owocne, wyczerpujące może sprawę całkowicie. Drugim motywem, który mnie zmusił do ujęcia za pióro, była chęć wykazania, że już przed 17-tu laty w części Polski, uporczywie zwanej wówczas przez Rosjan „Pry-

wisliñjem", w mózgach lekarzy kolejowych polaków kiełkowała myśl o hygienie kolejowej, jako odrośli hygieny specjalnej: nie gloryfikując bynajmniej czasów ucisku i niewoli, jednak w myśl zasady „suum cuique", należy uznać, że i one cośkolwiek złożyły na ołtarzu ogólnego dobra, wobec czego nie mamy prawa ich postponować i siebie tylko, inaczej mówiąc, czasów dzisiejszych, uważać za początek szczęśliwości i postępu.

o o o o O o o o o

Ostre otrucie tlenkiem węgla (gazem świetlnym) i udzielenie pierwszej pomocy.

Dr. FRANCISZEK OBARSKI

Otrucia tlenkiem wegla (CO), zwane powszechnie zaczadzeniem, są następstwem oddychania powietrzem, zawierającem CO, który wytwarza się stale przy spalaniu się ciał organicznych, jako produkt niedostatecznego utleniania się węgla. Jest on jedynym składnikiem trującym czadu i głównym trującym składnikiem gazu świetlnego; znajduje się on dalej w gazie wodnym, w dymie tytuniowym, w gazach wybuchowych i kopalnianych, w gazach wytwarzających się przy kopceniu lamp oraz w gazach motorów benzynowych.

CO jest to gaz bezbarwny, pozbawiony zapachu i smaku, pali się niebieskawym płomieniem przechodząc w CO_2.

Czad jest to mieszanina CO i CO_2, powstaje przy niezupełnym spalaniu ciał zawierających węgiel. W czadzie CO stanowi od 0,1% do 0,5%.

Dym może zawierać CO do 3,6%. Dotyczy to głównie dymu z parowozów, zwłaszcza w tunelach.

Gaz świetlny jest to produkt nagrzewania nielotnych połączeń węglowych przy braku dostępu powietrza i następnej ich suchej destylacji. Gaz świetlny wytwarzany np. w gazowni przy ulicy Ludnej w Warszawie zawiera następujące składniki: CO_2 — 7,2%, węglowodory palne — 2% CO — 14,2%, O_2 — 1%, H_2 — 52%, CH_4 — 14,6%, N_2 — 9%.

Trujące działanie CO znane jest oddawna. Ostre otrucie tlenkiem węgla, a w codziennem życiu zwykle mieszaninami, jak czadem i gazem świetlnym, kończące się śmiercią nieraz w ciągu kilku godzin, zaznacza się zaraz z początku nasilającym się bólem głowy,

zawrotami, szumem w uszach, ćmieniem w oczach, nudnościami i wymiotami, dusznością, odurzeniem z następową utratą przytomności. Dalej występują drgawki, śpiączka z charczącym oddechem i śmierć, która może nastąpić jeszcze wcześniej wskutek uduszenia przez aspirację wymiocin do dróg oddechowych, tem łatwiejszą, że CO znosi pobudliwość błon śluzowych, a więc błony śluzowej gardła i wejścia do krtani.

Dotąd jeszcze pewna część toksykologów przypisuje wyłączną przyczynę trującego działania CO wypieraniu przezeń tlenu ze związku z hemoglobiną i tworzeniu z nią tlenkowęglowej hemoglobiny (COHb), nieprzydatnej do sprawy utleniania w ustroju. Zapatrywanie to nie może się już utrzymać w świetle licznych spostrzeżeń i badań nowoczesnych. Gdyby CO działał tylko wyłącznie przez substytucję tlenu w związku z Hb, to każdy przypadek ostrego otrucia nim, o ile by nie był śmiertelny przed udzieleniem pomocy, musiałby zakończyć się powrotem do zdrowia, zwłaszcza gdyby, jak to zwykle się dzieje, zastosowano u chorego wziewanie tlenu (Wachholz).

Ważny początkowy objaw ostrego otrucia CO, mianowicie ogólne osłabienie mięśniowe, wskazuje na działanie CO na plazmę mięśni, jak to wynika z badań Scoldera i Wachholza. Zmiany w mięśniach powstają wskutek wylewów krwawych do tkanki mięśniowej (Braun, Janossy). CO również działa na mięsień sercowy.

Zondek spostrzegał po CO otruciu rczszerzenie lewego serca, uszkodzenie mięśnia sercowego, rozszerzenie naczyń obwodowych, Herzog ogniskową martwicę, Strassman wylewy krwawe do mięśnia sercowego, Gey krwawienia do mięśni brodawkowych.

Po ostrem CO otruciu spotkać się można ze znieczuleniem skóry, ze zmianami odżywczemi i naczynioruchowemi w formie pęcherzykowatych osutek, odleżyn, wybroczyn, obrzęków i t. d.

Ponieważ zaburzenia nerwowe występują często po otruciu CO i na stole sekcyjnym stwierdzane są następstwa tych zmian pod postacią przekrwienia i obrzęku opon mózgowych, wynaczynień krwi, a zwłaszcza ognisk rozmiękczynowych, symetrycznych w okolicy jąder soczewkowatych i torebki wewnętrznej, przeto niektórzy badacze zaliczają CO do trucizn systemu nerwowego.

Ogniska rozmiękczynowe uderzają stałem i jednem i tem samem umiejscowieniem w wewnętrznej części jąder soczewkowatych, w tak zwanej gałce szarej (globus pallidus) i w sąsiadującej z nią części torebki wewnętrznej. Wspomniane dopiero zmiany spostrzegali Laempe, Wachholz i Olbrycht, Weisberger, Altschul, Jakob i Hiller. Jedni z autorów tłomaczą wystąpienie tych zmian ubogiem zaopatrzeniem w na-

czynia wspomnianych okolic mózgu, inni zmianami w samych naczyniach (Ruge).

Photakis, Grunstein, i Popowa, Meyer, Strasser spostrzegali po ostrem CO (gazem świetlnym) przekrwienie mózgu, ogniska krwotoczne w tkance mózgowej.

Jakob obserwował w 4 tygodnie po otruciu powoli rozwijający się zespół Parkinsona.

Męczkowski i Skowroński opisali przypadki zapalenia nerwów obwodowych w następstwie otrucia CO.

Bregman stwierdził po zaczadzeniu porażenie połowy ciała.

Pański podał opis przypadku rozsianego zapalenia rdzenia po zaczadzeniu.

Na posiedzeniu War. Tow. Lek. Morawiecka przedstawiła przypadek krwotoku śródrdzeniowego po zatruciu CO.

Abel wspomina o przypadku otrucia, gdzie na 4 dzień wystąpiło porażenie dolnych kończyn.

Merguet wzmiankuje o przypadku, gdzie zmiany nerwowe zaznaczyły się objawami podobnemi do objawów pląsawicy.

Po CO otruciu spostrzegano zaburzenia w sferze psychiki. Wspomina o tem Siwiński w pracy pod tytułem „Przyczynek do żaburzeń psychicznych po zatruciu tlenkiem węgla".

Rad i Mattauschek wspominają o przypadkach, gdzie wystąpiły zaburzenia psychiczne w następstwie otrucia CO.

Katz, Riedel, Laempe, Laignel-Lawastine, Alajouanine opisali przypadki wystąpienia zakrzepów po otruciu tlenkiem węgla (gazem świetlnym), Florand, Nicaudi-Froment, Rathery i Gournay, Mayr podają do wiadomości przypadki, gdzie stwierdzali zgorzel skóry.

Müller-Hess omawiają przypadki skazy krwotocznej, jaka wystąpiła po ostrem CO otruciu.

Po CO otruciu stwierdzono również zaburzenia ze strony oka. Tak Levy-Valensi spostrzegał zupełną utratę wzroku, Guyla Fejer przejściową ślepotę.

Kenneweg dowodzi, że po CO otruciu występują zmiany i w układzie moczowym, mianowicie podrażnienie i uszkodzenie kłębuszków nerkowych.

Seckbach wskazuje na zmiany, jakie obserwował po otruciu gazem świetlnym w wątrobie (marskość wątroby).

Niektórzy autorzy podkreślają pewne osobliwości, jakie dają się zauważyć w przebiegu otruć CO. Osłabienie serca, obrzęk płuc, wzmożenie cukru we krwi i cukromocz spostrzegał Klein. Löwy obserwował zapalenie płuc, zapalenie gardła, zapalenie wsierdzia.

Wachholz w pewnym przypadku otrucia CO stwierdził na sekcji w uszku lewego serca ciemno-szaroczerwony skrzep, powstały za życia, takiż sam skrzep w przedniej gałęzi lewej tętnicy wieńcowej serca. Wbrew zapatrywaniom Koberta i Lewina Hainecke, Scheiding, Kionka i Schäffer wyrazili pogląd, że CO działa trująco nie tylko przez substytucję tlenu w Hb krwi, lecz że sprowadza masowy rozpad krwinek i wywołuje przez to zakrzepy w sercu i naczyniach.

Nadto badania Wachholza wykazały, że CO rozszerza naczynia, obniża ciśnienie i wywołuje zastój krwi.

Do niedawna sądzono, że CO bardzo szybko wydziela się ze krwi otrutego. Wesche i Michel nie stwierdzili próbą widmową obecności CO we krwi królików zaczadzonych, które przez 15—41 minutę oddychały czystem powietrzem.

Wprowadzenie nowych metod, bardziej czułych, wykrywających CO we krwi, pozwoliło ujawnić obecność CO po dłuższym przeciągu czasu. Wacholz stwierdził obecność CO we krwi po upływie nawet 7 dni, Olbrycht po 6.

Ilość CO we kwi zależy od ilości CO w powietrzu (Koelsch).

Przy 1% CO w powietrzu we krwi znajduje się 70% CO; przy 1‰ CO w powietrzu krew zawiera 50% COHb.

Dłużej wdychiwane CO w małych ilościach daje gorsze następstwa, niż krócej trwające w dużych ilościach. Oddychanie powietrzem, zawierającem mniej niż 0,05% CO, nie jest niebezpieczne. Domieszka CO w powietrzu wynosząca 0,15%—0,2% daje już groźne dla życia objawy. Przy obecności 0,4% CO w powietrzu i 20—30 minutowem oddychaniu takiem powietrzem nasyca się 70% hemoglobiny i wtedy organizm ginie (Starkenstein).

Według Müllera dzieci daleko łatwiej znoszą otrucie gazem świetlnym, niż dorośli.

W ostatnich czasach zaczęły się zdarzać wypadki nagłej śmierci w garażach. Niezupełne spalanie się benzyny wywołuje wytwarzania sią CO. Większa część szoferów nie wie o grożącem im niebezpieczeństwie, o przyczynach bólów głowy, zawrotów, osłabienia, złego wyglądu. Nagłe wypadki zejścia śmiertelnego tłomaczą sobie atakiem sercowym, ostrem otruciem alkoholowem (Dettling). Według tego autora na drzwiach każdego garażu powinna być umieszczona tablica ostrzegająca, że puszczanie motoru w ruch w zamkniętym garażu grozi niebezpieczeństwem uduszenia z powodu nagromadzenia się CO.

Rokowanie w każdym przypadku otrucia CO winno być ostrożne, ponieważ niebezpieczne powikłania mogą wystąpić bardzo późno.

Otruci CO wykazują czerwono-wiśniowe zabarwienie skóry i widocz-

nych błon śluzowych. W późniejszych okresach występuje sinica. Tlen z trudem wypiera CO z połączenia jego z hemoglobiną. CO nie pobudza ośrodka oddechowego. Najpewniej w przypadkach otrucia CO pobuośrodek ten CO_2 (Yandell Henderson). Z innych środków działających podniecająco na ośrodek oddechowy wymienić należy rozpuszczalne preparaty kamfory, kardiazol, koraminę, lobelinę. Pierwszeństwo oddać należy jednak kofeinie, która rozszerza naczynia wieńcowe serca i podnosi napięcie naczyń obwodowych (Pal). Według tego autora zastosowanie CO_2, kofeiny i upust krwi pozwalają na opanowanie niebezpieczestwa w pierwszych chwilach.

Kofler stosuje w przypadkach otrucia CO do wziewania tlen z 5⁰/₀ lub 10⁰/₀ domieszką CO_2, prócz tego kilka razy dziennie zastrzykuje lobelinę podskórnie, domięśniowo i dożylnie (w ilości 0,01—0,001).

Berens i Pulewka, Walton, Eldridge, Allen, Lidzki również zalecają wziewanie CO_2. Ten ostatni autor o działaniu CO_2 mówi w sposób następujący: „przy zatruciu CO kilkoprocentowa domieszka CO_2 do tlenu działa o wiele skuteczniej, niż czysty tlen, zatruty bowiem oddycha słabo lub wcale nie oddycha, wobec czego nie może spożywać tlenu w ilości dostatecznej, jeżeli ośrodek oddechowy nie zostanie należycie podrażniony."

Przy otruciu CO stosuje się tlen i podskórnie (Engel).

Badania Nicloux, Nersona, Stahla i Weilla wykazały, że jeżeli zastrzyknięcia tlenu podskórne mają pewien dodatni wpływ w leczeniu ciężkich otruć CO, ustępują one jednak wynikom, otrzymanym przy stosowaniu oddychania czystym tlenem.

Podczas ratowanią otrutych CO stosuje się również sztuczny oddech. Wielu autorów (C. K. Drinker, K. R. Drinker, L. A. Shaw, A. C. Redfield) zalecają stosowanie sztucznego oddechania według metody Schäffera, jak również użycie pulmotoru.

Pams i Salmon podnoszą ważność zastosowania sztucznego oddychania jeszcze przed podaniem tlenu.

Gordon i Watson, Stora, Becart, Voithenberg zwrócili uwagę na skuteczność przetaczanìa krwi otrutym CO.

Koelsch w przypadkach otrucia CO zaleca prócz O i CO_2, prócz kamfory podskórnie, ciepło przez zastosowanie poduszki elektrycznej, nadto dwuwęglan sodu, kalomel lub sole przeczyszczające.

W kilku przypadkach ostrego otrucia gazem świetlnym Kottek stosował magnesium—perhydrol (25⁰/₀) po 1,0 co 3 godziny z wynikiem dobrym.

Proponowane przez niektórych wlewanie rozczynu fizjologicznego soli kuchennej, a jeszcze lepiej płynu Ringera służy nie po to, żeby wymyć lub odciążyć przeładowanemu trucizną krwioobiegowi, lecz żeby zastosować nieswoiste leczenie drażniące (Starkenstein).

Według Machta i Blackmanna w przypadkach CO otrucia wskazane jest zastosowanie lampy kwarcowej, ponieważ promienie pozafijoletowe posiadają własność przyśpieszania rozkojarzenia CO hemoglobiny. Co się tyczy danych statystycznych CO, to w 1928 roku lekarze Pog. Rat. w Warszawie udzielili pomocy 138 osobom zatrutym CO (70 zaczadzonym i 68 zatrutym gazem świetlnym). Po za tem było jeszcze 16 przypadków zamachów samobójczych za pomocą gazu świetlnego i czadu. Wśród 16 przypadków—samobójstw 3 zakończyły się natychmiastową śmiercią.

Zanim lekarz udzielający pierwszej pomocy (lekarz Pog. Rat.) zatrutemu CO przystąpi do czynności ratowniczych, powinien przekonać się, że istotnie ma do czynienia z chorym zatrutym już to czadem, już to gazem świetlnym. W tym celu sprawdza stan pieca (zasunięty szyber, nieszczelne przyleganie kafli i t. p.), jak również stan urządzenia gazowego (odkręcony kurek gazowy, odłączęnie rurki gazowej od nasady rury gazowej, zapach gazu świetlnego).

Zaznaczyć tu muszę, że czad nie posiada zapachu, a gaz świetlny znowu może go stracić np. jeżeli przchodzi przez warstwę ziemi.

Zachorowanie kilku osób wśród podobnych objawów lub śmierć kilku osób w tem samem mieszkaniu, jak również zwierząt domowych a zwłaszcza ptaków (kury, kan rki) przemawia za otruciem CO.

Czerwone zabarwienie skóry twarzy świadczyć może za otruciem CO, w późniejszych okresach otrucia, w miarę nagromadzenia się CO_2, zabarwienie twarzy zmienia się na szare.

Pierwszą czynnością lekarza udzielającego pierwszej pomocy otrutemu CO (gazem świetlnym) będzie usunięcie chorego z atmosfery przesyconej tlenkiem węgla. Następnie stosownie do stanu chorego przystępuje do akcji ratowniczej. Jeżeli chodzi o lekko zatrutych, to ograniczyć się może do zastrzyknięcia pod skórę kofeiny, zastosowania ciepłych okładów i do podania gorącej kawv. W przypadkach ciężkiego zatrucia stosuje sztuczny oddech naprzemian z podawaniem tlenu lub, co jeszcze lepsze, tlen z domieszką 5%—10% CO_2. Oprócz kofeiny zastrzykuje kamforę i preparaty o podobnem do niej działaniu, bardzo zachwalaną lobelinę do żyły i podskórnie. Zastrzyknięcie pod skórą fizjologicznego rozczynu soli kuchennej uzupełniłoby postępowanie lekarza.

Ponieważ w przebiegu nawet lekkich otruć CO może dojść do różnych powikłań, wskazaną jest rzeczą, żeby lekarz każdego chorego zatrutego CO polecił odwieźć do szpitala, nadto — aby rodzinie lub otoczeniu chorego przedstawił niebezpieczeństwo, jakie zagraża choremu w przyszłości.

Co zaś się tyczy ciężko otrutych, to takich chorych lekarz powinien bezwarunkowo umieszczać w szpitalu, albowiem niebezpieczeństwo utraty życia jest wielkie, a udzielanie pomocy trwać musi nieraz całemi godzinami.

Nieco o statystyce chorób powodujących przejściową niezdolność do pracy

podał

Dr. JAN OPOLSKI

Naczelnik Wydziału Sanitarnego w Stanisławowie

W organie Zrzeszenia Lekarzy Kolej. „Lekarz Kolejowy“ w zeszycie 3—4 z roku 1929 umieszczoną została praca pióra p. D-ra *Hankego*, lekarza rej. D. O. K. P. Katowice, a zatytułowana: „Celowe zorganizowanie pracy piśmiennej lekarzy rej.“. Ponieważ w pracy tej na stronie 29 jest i apel do Naczelników Wydziałów Sanitarnych jak: „Szanowni Panowie Naczelnicy, zrezygnujcie wspaniałomyślnie ze statystyk, które nie tylko nie są ścisłe, lecz wręcz fałszywe“, poczuwam się do obowiązku na apel ten odpowiedzieć, albowiem gdyby żaden z naczelników tego nie uczynił, byłoby dowodem, że przyznajemy autorowi, że statystyki nasze są fałszywe.

Naraziłbym się na śmieszność, gdybym chciał udowadniać, że statystyki w ogólności, a kolejowo-sanitarna w szczególności jest zbyteczna, naraziłbym się również na niepotrzebną krytykę, gdybym miał zamiar udowadniać to, co przez wszystkie państwa kulturalne zostało uznane za konieczne i niezbędne — co uważane jest niejako za bilans każdej pracy zbiorowej.

Statystykę trzeba rozumieć i umieć z niej czytać, a z czytania umieć wyciągnąć wnioski.

Statystyka sanitarno-kolejowa to dowód nietylko wydajności naszej pracy, to świadectwo, czy w kierunku sanitarno-higjenicznym nasz sanitarjat kolejowy dotrzymuje kroku postępowi idącemu z zachodu.

Statystyka nasza to wierne odzwierciedlenie czynności lekarzy

rejonowych i specjalistów — to dokładny obraz stosunków sanitarno-higjenicznych panujących w poszczególnych rejonach. Statystyka Wydziałów Sanitarnych to wierny obraz stosunków zdrowotnych, to wynik pracy lekarzy rejonowych danej Dyrekcji i pracy Naczelnika Wydziału oraz Lekarza sanitarnego nad uzdrowieniem stosunków sanitarno-higjenicznych i ratowniczych w kolejnictwie.

Ogólna statystyka kolejowa, sanitarna, to wykładnik wszystkich naszych wysiłków podjętych dla zabezpieczenia z jednej strony zdrowotności tysięcy oddanych nam w opiekę lekarską pracowników kolejowych i ich rodzin, z drugiej strony to dowód naszych starań w kierunku zapobiegania chorobom zakaźnym, zwalczania ich i zapobiegania rozwlekaniu ich drogami kolejowemi, to dowód starania naszego w kierunku zabezpieczenia granic naszego Państwa przed wtargnięciem drogami kolejowemi chorób zakaźnych.

Statystyki nasze — to otwarte okna, przez które mają możność zaglądać nasi bliżsi i dalsi sąsiedzi dla przekonania się i ocenienia, co my warci jesteśmy, czy to na polu gospodarczo-finansowem, czy też na innych polach prac, jak np. sanitarnem.

Wyniki statystyczne każdego państwa, to dowód mniejszej lub większej jego żywotności, kultury, słabszej lub mocniejszej podstawy do bytowania.

Każda praca społeczna bez statystyki, to praca po omacku. Do statystyki mojej i lekarzy rejon., która może nie jest tak bardzo ścisłą— lecz nigdy fałszywą, przykładam b. wielkie znaczenie. Statystyka ta daje mi dokładny obraz stosunków sanitarnych w poszczególnych rejonach i ona jest regulatorem mojej pracy, jako naczelnika, pozwala mi wykryć najdrobniejsze usterki i wyrobić najdokładniejsze pojęcie o stosunkach zdrowotnych i sanitarnych okręgu Dyrekcyjnego, a za które to stosunki sanitarno-higjeniczne każdy z nas naczelników jest odpowiedzialnym.

Statystyka jednak ma znaczenie duże wtedy dopiero, jeżeli jest ona wierną i możliwie najściślejszą. Statystyka tego rodzaju, do której publicznie przyznaje się Szanowny kolega p. Dr. Hanke, jest rzeczywiście tylko ciężarem niepotrzebnym, a jako taka, jest fałszywym drogowskazem i błędnym przewodnikiem dla Naczelnika Wydziału i Władz. Nie przeczę, że wiele zestawień statystycznych może jest bezcelowych i zbędnych.

Statystyka Wydziału Sanitarnego Dyrekcji okr. Stanisławowskiej, oparta na wykazach przedkładanych przez lekarzy rejonowych, jest prawdziwa — może niezupełnie ścisła w niektórych zestawieniach — lecz nigdy fałszywa.

Prawdziwa, gdyż oparta jest na prawdziwych zapiskach lekarzy rejon., liczby wzięte są z książek notowanych skrupulatnie — a nie wzięte są liczby z powietrza. Że statystyka nasza nie jest zupełnie ścisłą, to nie wina lekarzy rejon., ani Wydziału Sanitarnego, lecz nieodpowiedniego sposobu zbierania liczb statystycznych.

Dążeniem Wydziału Sanitarnego przy M. K. jest, by wykazy z ruchu chorych i ilość dni zwolnień od pracy wskutek choroby były rzeczywiste.

Poleciło przeto szefostwo Naczelnikom Wydziału Sanitarnego Dyrekcji Katowickiej i Stanisławowskiej, by wynaleźli sposób jaknajlepszego rozwiązania tego zagadnienia.

Doszliśmy do przekonania, że ścisłe dane co do ilości zwolnień od pracy wskutek choroby i ilości dni zwolnień — znaleźć można tylko w poszczególnych miejscach służbowych.

Obliczenia nasze prowadzone od roku 1929 na podstawie danych wyżej wspomnianych wykazały, że ilość chorych i ilość dni zwolnień od pracy, wykazywane przez nas, są wyższe, aniżeli wykazywane przez lekarzy rejonowych.

Przyczyna tych różnic jest następująca:

1. Bardzo wielu pracowników etatowych, zwłaszcza urzędników zgłasza swej władzy nieobecność swą na służbie wskutek choroby. Urząd to notuje — lecz nic o tem nie wie lekarz rejonowy, gdyż dany pracownik nie zgłaszał się po poradę.

2. Lekarz udzielił pracownikowi 3 — 4 dni zwolnienia od pracy, lecz chory pozostawał w domu dłużej i po wyzdrowieniu nie zgłosił się u lekarza, a urząd przyjął go do pracy — chociaż bez orzeczenia lekarskiego przyjąć nie powinien.

3. Uznani za niezdatnych przez Kom. Gł. Lek., czy to wskutek osłabienia siły wzroku czy słuchu, ściągnięci są ze służby do czasu przydzielenia ich do innej służby, i przez ten czas ci pracownicy prowadzeni są przez dany urząd w ewidencji chorych—nie prowadzi zaś tej ewidencji lekarz rejonowy.

To są najgłówniejsze przyczyny, z powodu których statystyka lekarzy rejonowych nie jest ścisłą, zaś obliczania nasze w sposób wyżej wspomniany muszą dać liczby wyższe, aniżeli liczby podawane przez lekarzy rejonowych.

Wydział Sanitarny Dyrekcji Stanisławowskiej prowadzi statystykę z ruchu chorych drugi rok, opierając się na liczbach chorych i ilościach dni zwolnień od pracy wskutek choroby podawanych przez poszczególne miejsca służbowe.

Ten sposób prowadzenia zestawień ma te zalety:

1) jest bezwarunkowo ścisły co do ilości chorych;

2) jest ścisły co do ilości dni zwolnień od pracy wskutek choroby;

3) pozwala szybko dokonać obliczeń chorych i ile było dni chorobowych w każdym dziale służby;

4) mając równocześnie i rozpoznanie chorobowe, stwierdza się, na jakie choroby i na które najczęściej zapadają pracownicy w poszczególnych miejscach pracy.

Wydział Sanitarny, posiadając wyżej wymienione dane, ma jaknajdokładniejszy obraz stosunków zdrowotnych panujących nietylko w całym okręgu, lecz nawet w poszczególnych miejscach służbowych, co jest ogromnem ułatwieniem pracy Wydziału i ma tę zaletę, że kontrola chorych jest ułatwiona — co wpływa korzystnie na zmniejszanie się symulacji i niepotrzebnego przedłużania dni chorobowych—co również odbija się korzystnie na wydajności pracy.

Procedura zestawień statystycznych jest następująca:

Wszystkie miejsca służbowe do piątego dnia każdego miesiąca przedkładają następujące wykazy:

D. O. K. P. .... Urząd ....

Wykaz chorych pracowników za miesiąc ....

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Imię i nazwisko	lat	char. służb.	etat. nieet.	zachorował dnia	objął służbę	ilość dni chor.	rozpoznanie	lekarz rej.	uwaga

Działkę od 1—7 i 9 wypełnia urząd kolejowy, działkę 8 lekarz rejonowy.

W miejscowościach, gdzie jest siedziba lekarza rejonowego, miejsca służbowe wypełnione wykazy odsyłają lekarzowi do skontrolowania i wpisania rozpoznania, poczem lekarz odsyła do Wydziału Sanitarnego.

O ile w danej miejscowości niema lekarza rejon., urząd wykazy odsyła wprost do Wydziału Sanitarnego, który żąda od poszczególnych lekarzy podania rozpoznania, ewentualnie odsyła do wglądu lekarzowi rejon. wykaz chorych.

Tak wypełnione wykazy z różnych miejsc służbowych segreguje się wedle działów służby, a zatem, na służbę Ruchu, Mechaniczną, (osobno parowozownie, osobno warsztaty), Drogową, Zasobów i Centralę.

Każdy dział służbowy ma założony miesięczny wykaz ilościowy chorych z podaniem nazwy choroby.

Służba:.................................... Dział służby ....

Wykaz chorych za miesiąc ....

Nazwa choroby	Ilość chorych	Dni chorob.	Odeslanych do szpital.	Dni szpital.	Zmarł

Lekarze rejonowi obowiązani są co miesiąc przysyłać imienny wykaz chorych wysłanych do szpitala z rozpoznaniem i podać wykaz zmarłych.

Ilość dni szpitalnych oblicza się na podstawie rachunków szpitalnych.

W ten sposób prowadzona statystyka odpowiada rzeczywistości i jest tak obrazową, że nawet nielekarz, czytając ją, wyrabia sobie pojęcie, jaki jest stan zdrowotny na kolejach, na co najwięcej chorują i jak długo chorują, jaki jest procent chorych i jaki procent dni chorobowych przypada na jednego pracownika kolejowego w poszczególnych działach służby.

Dotychczas statystykę tę prowadzę sam i nie tracę więcej czasu jak pół godziny dziennie przez pierwszych 10 dni.

W Dyrekcjach większych — trzebaby poświęcić tej pracy więcej czasu — ale tam znowu jest więcej sił roboczych i lekarzy w Wydziale.

Zdaniem mojem wykazy te prowadzić winien tylko lekarz, a nie siła kancelaryjna, gdyż już przy samej pracy tej uwypukla się dokładnie obraz stosunków zdrowotnych w poszczególnych działach służby, nietylko w ogólnym zarysie, lecz w najdrobniejszych szczegółach.

Daleki jestem od tego, bym uważał mój sposób prowadzenia statystyki za idealny i za najprościejszy, podaję go dlatego, by za-

chęcić panów kolegów do poczynania prób innych lub podobnych, a wtedy przez porównanie i doświadczenie ogólne łatwo będzie można ustalić sposób sporządzenia statystyk ujednostajnionych, a odpowiadających tylko rzeczywistości.

Spostrzeżenia
w czasie epidemji różyczki u dzieci w Bydgoszczy (od stycznia do czerwca 1930 r.)

W. M. MIEDZISZEWSKI
Lekarz rejonowy w Bydgoszczy

Różyczka należy do chorób zakaźnych wyłącznie dziecięcego wieku i co do zaraźliwości stoi ona w bliskim pokrewieństwie z odrą. Epidemje różyczki wybuchają znacznie rzadziej, jak epidemje innych chorób wieku dziecięcego; z tego więc powodu nie będzie zbytecznem, gdy poświęcę kilka słów obecnej epidemji różvczki w Bydgoszczy.

W miesiącu październiku i listopadzie 1929 r. mieliśmy tu epidemję odry, która dała znaczne zmniejszenie zachorowań w grudniu i styczniu; jednocześnie powiększyła się liczba chorych na dyfterję i płonicę.

Pierwsze wypadki różyczki zauważyłem w styczniu 1930 r. Oczywiście rozpoznanie przyszło lekko, gdyż chora przed dwoma miesiącami przeszła odrę i ku zdziwieniu wielkiemu rodziców „zachorowała drugi raz na odrę“. Była to uczennica szkoły powszechnej Marja G. 8 lat; następnie, przypadki różyczki zacząłem spotykać coraz częściej, tak że po kilku tygodniach można już było mówić o epidemji.

Choroba zwykle występowała bez okresu zwiastunów i tylko wysypka na twarzy i na ciele u dziecka zmuszała rodziców szukać porady u lekarza, gdyż wszyscy byli jeszcze pod wrażeniem zanikającej epidemji płonicy. Najczęściej już w pierwszym dniu choroby występowała na twarzy wysypka, która na pierwszy rzut oka nieraz łudząco przypominała wysypkę przy odrze. Na ciele wysypka zawsze była inną, jak na twarzy, a mianowicie — każda plamka była znacznie mniejszą od plamek odrowych, a w rzadkich wypadkach przy gęstej wysypce nawet przypominała wysypkę przy płonicy, różniąc się, co należy podkreślić — zabarwieniem; wogóle zaś plamki były rozsiane po skórze na piersiach, a później na brzuchu, przechodząc miejscami w punkciki z czerwono-brunatnem zabarwieniem; w drugim i trzecim

dniu choroby wysypka znikała na twarzy, występując wyraźniej na kończynach dolnych; nieraz po wysypce na twarzy na ciele występowała nieznaczna ilość plamek, tak, że na trzeci lub czwarty dzień choroby wysypki już wcale nie było.

Jako stały objaw przy różyczce należy podkreślić powiększenie tylnych szyjnych gruczołów. Gruczoły te nieco bolesne, dosięgające niekiedy wielkości orzecha laskowego, utrzymywały się prawie przez tydzień, bardzo stopniowo się zmniejszając, tak że w 8—10 dniu choroby znikały zupełnie.

Na błonie śluzowej miękkiego podniebienia nie zawsze obserwowałem wysypkę, podobną do odrowej, lecz nigdy ona nie była tak intensywną i plamki leżały w pewnej odległości jedna od drugiej. Prawie zawsze w tych wypadkach były objawy anginae catarrhalis i dzieci skarżyły się na lekką bolesność w gardle przy połykaniu. Mniej więcej u połowy chorych można było zauważyć objawy lekkiego zapalenia spojówek, niekiedy też i katar. Nieżyt oskrzeli należał do rzadkich powikłań, a w jednym wypadku u chłopca 10 lat różyczka skomplikowała się nawet zapaleniem płuc, które co prawda po tygodniu ustąpiło i dziecko wyzdrowiało. Ciepłota była lub zupełnie normalna, lub występował bardzo lekki stan podgorączkowy najczęściej w pierwszym lub drugim dniu choroby (37,1—37,4).

Ponieważ dzieci naogół czuły się dobrze, a pogoda przy końcu kwietnia i na początku maja była ciepła i słoneczna, trudno było je utrzymać w mieszkaniu; dzieciaki już na drugi, trzeci dzień po wystąpieniu wysypki wybiegały na podwórze i tu często obserwowałem nawroty wysypki, a czasami wysypka, która wystąpiła powtórnie, była obfitszą.

Najwięcej dzieci chorowało w wieku pomiędzy 8 — 12 lat; u dzieci do 2-ch lat nie widziałem różyczki ani razu; a najstarszym z wieku był uczeń 6 kl. gimnazjum 16 lat.

Obserwując epidemje domowe, obliczyłem, że czas wylęgania wahał się między 14—18 dniami.

Naogół choroba była tak lekką, że bardzo często nauczyciele odsyłali dzieci do domu lub do lekarzy ze szkoły z powodu wysypki na twarzy.

Kończąc niniejsze spostrzeżenia, chciałem tu podkreślić, że epidemje różyczki w porównaniu z innemi zakaźnemi chorobami wieku dziecięcego spotykamy znacznie rzadziej. Przynajmniej na 17 lat praktyki lekarskiej spotkałem się z epidemją różyczki drugi raz. Pierwszy raz obserwowałem różyczkę we Władywostoku w roku 1916.

Walka z alkoholizmem a koleje

Dr. praw TEOFIL BISAGA

W dobie obecnej zagadnienie walki z alkoholizmem stanowi problem nader zawiły, nad którego rozwiązaniem silą się społeczeństwa i rządy. Minęły te czasy, gdy powszechnie mniemano, że dostatecznym jest rozwój oświaty i podniesienie etyki społecznej, a pijaństwo przestanie się szerzyć. — Dziś po wielkiej wojnie walka ta wymaga stosowania środków specjalnych. Współzależność zjawisk społecznych, politycznych, gospodarczych, komunikacyjnych etc. jest tak ścisła, że walka z alkoholizmem na jednym tylko z podanych odcinków byłaby bezcelowa. Walkę z alkoholizmem podjęły zrealizowały niektóre państwa, jak Stany Zjednoczone, Norwegja, Danja, Szwecja, Finlandja, nawet Polska poszczycić może się piękną ustawą o ograniczeniach w sprzedaży i spożyciu napojów alkoholowych z 22/IV-1920 (Dz, U. R. P. Nr. 35 z 1922 r.), lecz niestety zbyt liberalnie w praktycznem wykonaniu pojmowaną.

Czy w tej walce z alkoholizmem koleje miałyby pozostać obojętne i spokojnie patrzeć, że pierwsza i najważniejsza zasada ruchu, życie podróżnych i bezpieczeństwo przewozu, jest podważona?

Na szczęście Zarządy kolejowe w dobrze zrozumianym własnym interesie, poza państwem i społeczeństwem dawno już wypowiedziały walkę alkoholizmowi i po wojnie szczególniej ją zaostrzają.

W dużej mierze powodzenie jednak zawisło od lekarzy, których rola w tej walce jest bardzo ważna, a ich zadanie pierwszorzędne.

Ze skutkami nadużycia alkoholu lekarz spotyka się w swej praktyce kolejowej na każdym kroku. Katar żołądka przeważnie pojawia się u alkoholików, choruje wątroba, chorują nerki, pęcherz, serce, układ nerwowy i t. d. Wynikają z tego poważne szkody materjalne dla kolei, która musi leczyć, a następnie przed wysługą lat przenosić pracownika w stan spoczynku, również u pozostających w służbie pracowników postępuje zmniejszenie tych zalet, które szczególnie w służbie wykonawczej muszą być pierwszorzędne, jak doskonały wzrok i słuch, jasny bystry umysł oraz dokładne i opanowane ruchy.

Dowiedzionem jest, że zalety te pod wpływem alkoholu słabną, ostrość wzroku obniża się, słuch tępieje, ruchy stają się nerwowe i nieopanowane, kontrola własnych czynów powoli zanika, a spostrzegawczość oraz pamięć szybko wyczerpuje się. Czy tu nie można dopatrzeć się przyczyny wielu katastrof kolejowych, a ostatnio i samochodowych? — Na kolejach polskich brak niestety pod tym względem wszelkiej statystyki. Przed laty wydano na kolejach szereg przepisów

które pozostały martwą literą, gdyż władza i komisje dyscyplinarne, powołane do nakładania kar za opilstwo pracowników, nakładają kary śmiesznie niskie, bądź też całkowicie uwalniają. Opilstwo w służbie kolejowej musi być uważane za jedno z największych przestępstw służbowych, karanych bezwzględnie aż do wydalenia włącznie.

Surowa kara oddziała jako przykład odstraszający i przyczyni się zarazem do podniesienia ogólnego poziomu moralnego. — Nie jestem jednak zwolennikiem tylko surowych kar, które należy stosować jedynie w razach wyjątkowych. Do celu właściwego t. j. do powstrzymania się od picia alkoholu prowadzą inne drogi.

Przedewszystkiem należy żądać od kandydatów na pewne stanowisko w służbie linjowej, jak maszynistów, palaczy, zwrotniczych, dyżurnych i t. d. całkowitej wstrzemięźliwości od alkoholu i temi kandydatami stanowiska wymienione całkowicie obsadzać — będzie to z drugiej strony bodźcem dla innych do abstynencji od alkoholu; w ten sposób koło abstynentów kolejarzy będzie zataczało coraz szersze kręgi. Do programów na kursach i pouczeniach personelu kolejowego należy wprowadzić jako przedmiot obowiązkowy alkohologję, wykładaną przez lekarzy przy pomocy odpowiednich środków i preparatów naukowych.

Następnie w miejscach postoju i pokojach noclegowych należy umieścić odpowiednią lekturą i prasę oraz tablice poglądowe. Koniecznem jest dalej prowadzenie dokładnej statystyki kar za opilstwo i ewidencji alkoholików oraz ilości katastrof spowodowanych opilstwem, jako też ustanowienie specjalnego referatu w Min. Kom. i D. O. K. P., którego celem byłoby badanie wpływu alkoholu na służbę kolejową — zapobieganie, śledzenie walki z alkoholizmem na obcych kolejach. Dalej należy popierać rozwój i działalność „Abstynenckiej Ligi Kolejowej“, która w tej dziedzinie wraz z lekarzami kolejowymi może stać się przy wydatnej pomocy terenem najbardziej pożądanej współpracy Zarządu kolejowego z ogółem pracowników. I dlatego koniecznem wydaje się bezpłatne wydawanie napojów bezalkoholowych, jak mleko, kawa, herbata, woda mineralna — ciepłych w zimie, zimnych w lecie dla pewnych kategoryj pracowników, dla których konieczność ugaszenia pragnienia jest często jedynym bodźcem do picia napoi zawierających alkohol w braku innych napoi bezalkoholowych.

Wyszczególnione postulaty na naszych kolejach dotychczas są teorją dostępną dla garstki wtajemniczonych. Zagranicą od kilku lat wprowadzono je w czyn ze skutkami jaknajpomyślniejszemi.

Na dowód podaję okólnik Zarządu kolei Rzeszy Niemieckiej z dnia 14 sierpnia 1928 r. w sprawie zwalczania alkoholizmu na kolejach.

„Zachodzi potrzeba przypomnienia zakazu picia napoi alkoholowych podczas pełnienia służby ruchu. Personel kolei Rzeszy musi zdobyć przeświadczenie, iż całkowita abstynencja na służbie i przy oczekiwaniu na służbę zyskuje coraz bardziej na znaczeniu wobec tego, że koleje Rzeszy przystępują do podniesienia jakości swojej działalności, zwłaszcza w zakresie przyśpieszenia pociągów.

Równocześnie z zarządzeniami w kierunku stworzenia pieczy, starania idące w kierunku propagandy umiarkowania dadzą się najlepiej uzyskać w drodze planowego pouczania służby o ujemnych skutkach i niebezpieczeństwach picia napojów alkoholowych. To pouczenie da się przeprowadzić przez:

a) pouczenia służbowe w zakresie p. 4 programu szkolnego początkowych szkół służbowych i p. 8 programu szkół administracyjnych, a dalej w drodze odczytów. W celu udzielania nauk tych poglądowo w wielu wypadkach zaleca się uposażenie nauczyciela w odpowiednie materjały. Nauczyciel powinienby też przystąpić do Kolejowego związku wstrzemięźliwości, aby tu pogłębić swoje jednostronne poglądy;

b) przez lekarzy kolejowych;

c) przez zaopatrzenie sal rezerwowych i noclegowych służby kolejowej w odpowiedni materjał publicystyczny;

d) przez związek „Verkehrswesen“ niem. Towarzystwa antyalkohol. w Berlinie (Werderstrasse 16).

Pracę oświatową należy wyraźnie popierać. Zezwala się na dalsze wyposażenie wagonów oświatowych w przedmioty przedstawiające szkody wyrządzane przez alkohol.

Ponieważ w wozie oświatowym jest za mało miejsca, przedsięwzięto kroki co do rychłego wyposażenia jednego wagonu pociągów D (wagonu pulmanowskiego) wyłącznie dla celów oświatowych w bogaty materjał poglądowy i puszczanie go po sieci kolei niemieckich. Taki wagon jest w użyciu na kolejach holenderskich. Dyrekcji w Stuttgardzie poleca się w porozumieniu z tajnym Radcą w st. sp. Ammanem złożyć sprawozdanie co do celowości takiego zarządzenia i przedłożenia kosztorysu.

Ze sprawozdań dotyczących wykonania zarządzenia z 25/X-27 r. wynika, iż zagadnienie walki z alkoholizmem było w wielu miejscowościach poruszane w drodze odczytów *przez lekarzy kolejowych. Kładziemy nacisk na to, iżby przedmiot ten był w jeszcze większym stopniu niż dotychczas uwzględniany.*

Zaleca się w drodze wymownych pokazów jak np. film „Wróg ludu“, który można wypożyczyć w niem. związku antyalkohol., potę-

gować skuteczność odczytów. Przy odczytach należy wskazywać na działalność wydziału VERKEHRSWESEN i zachęcać do wstępowania do powołanych do życia stowarzyszeń wstrzemięźliwości na kolejach Jak to już podano uprzednio, zaleca się wstępowanie także wyższych urzędników do tych związków, gdyż współudział tych sfer bardzo wydatnie poprze ich rozwój.

Jako materjał czytelniczy dla lokali i miejsc noclegowych służbowych wchodzą w rachubę prócz już podanych 4.I.1926 r. jeszcze następujące:

1) ulotka: „Co winien wiedzieć o skutkach alkoholu pracownik służby Ruchu"

2) ulotka: „Czy pracownicy kolejowi potrzebują związku antyaikoholowego"

3) ulotka: „Co winien wiedzieć o skutkach alkoholu każdy sportowiec i gimnastyk"

4) wywieszka jak w p. 1.

Należy wydawnictwa te wywieszać oraz rozkładać w lokalach, a w razie wyczerpania uzupełniać.

Dla dalszego propagowania tej akcji zgadzamy się na prenumerowanie w szerszym zakresie przez Dyrekcje pisma „PIONIER" i dostarczania go związkom antyalkoholowym w ilości odpowiadającej liczbie członków. Ponieważ także „Hygienischer Wegweiser" ma duże znaczenie dla zwalczania nadużycia alkoholu, nie należy egzemplarzy jego nabytych na zasadzie rozp. z 23.X-27 po dokonanym obiegu trzymać na składzie, lecz raczej oddawać lekarzom i związkom dla dalszej propagandy.

Praca oświatowa wydziału VERKEHRSWESEN czyni dobre postępy. W wielu miejscowościach odbyły się odczyty i założono kolejowe związki przeciwalkoholowe. W celu spotęgowania czynników wybrał niemiecki związek antyalkoholowy czynnego od wielu lat w tym kierunku decernenta opiekuńczego pana radcę w st. sp. Ammana, szefa wydziału Verkehrswesen, dla jego bogatego doświadczenia w sprawach akcji antyalkoholowej, aby tenże przez odczyty uświadamiające mógł współdziałać z kolejowymi stowarzyszeniami antyalkoholowemi. Polecamy popierać tegoż pana w jego bezinteresownej pracy w miarę możności i zgadzamy się, by za podróże dokonywane w porozumieniu z Dyrekcjami otrzymywał djety w wysokości II klasy djet dziennych.

Przy rewizji zarządzeń opieki (p. II rozp. 12.VIII-25) należy dbać o to, aby urządzenia udostępniające picie wody były dostateczne i dawały gwarancje zdrowotności oraz używalności. Pożądanem

jest, by personel służbowy miał więcej, niż dotychczas, okazji do picia mleka.

W różnych miejscowościach jak Monachjum, Regensburg i Stuttgart i t. p. istnieją kioski dla sprzedaży mleka i innych napojów orzeźwiających po cenach zniżonych dla personelu kolejowego. Podobne urządzenia istnieją w warsztatatach reparacyjnych w Berlinie, Grünewald i t. p.

Pracownicy kolejowi korzystają coraz więcej z tych urządzeń, w wyniku czego zaleca się wymienione urządzenia w miarę możności tworzyć i popierać W kantynach urządzanych i prowadzonych przez kolej niewolno podawać wódki i napojów pokrewnych. Należy tam umożliwiać nabywanie mleka, wód mineralnych i t. p. Dalej należy zbadać, czy w tych kantynach nie dałoby się zastosować wogóle zakazów wyszynku wszelkiego alkoholu. Zgodnie z § 3 p. 2 przepisów o zdolności fizycznej nie należy kandydatów do służby kolejowej, u których istnieje uzasadnione podejrzenie nadużywania alkoholu, przyjmować do służby. Należy dbać o to, by badający lekarz był pod tym względem surowym“.

W walce o zdrowie moralne i fizyczne pracowników kolejowych, koleje Rzeszy nie ograniczyły się do podania ogólnych wskazówek, lecz wkroczyły w dziedzinę praktycznego wykonania programu abstynencji. Dowodzi tego poniżej zamieszczone rozporządzenie z dnia 25.VII-1929 r.

„Wydawanie napoi i potraw podczas wyjątkowych upałów lub zimna reguluje się jednolicie tytułem próby, jak następuje:

1. Bezpłatne wydawanie napoi.

A. W lecie.

Rodzaj i ilość napoi: do wyboru $^1/_4$ ltr. kawy z mlekiem lub bez mleka z cukrem, lub $^1/_4$ ltr. herbaty z cukrem lub bez cukru, lub 1 flaszka naturalnej wody mineralnej, sodowej lub lemonjady. Kawę i herbatę można otrzymywać gorącą lub zimną.

Warunek: 23^0 stopni w cieniu o godz. 10.

Czas: począwszy od drugiego dnia w godzinach od 10 do 20-ej w odstępach 3-ch godzinnych. Czas służby przed godz. 10 zalicza się. Co do personelu pociągowego podczas jazdy, można na stacjach postojowych zrobić wyjątki co do wyżej wymienionych ilości napoi i pory ich wydawania.

Obejmuje: 1. personel pociągowy i parowozowy;

2. personel przetokowy; do personelu przetokowego zalicza się również:

3. personel zajęty przy naładunku w halach towarowych i przeładunkowych;

4. personel zajęty przy utrzymaniu drogi;

5. czyściciele zwrotnic;

6. czyściciele pieców (parow.), palacze, ładowacze węgla;

7. personel warsztatowy, pracujący przeważnie przy ogniu, jak kowale, kotlarze i t. d.

Uzasadnienie od 2 do 6: długotrwały upał wpływa ujemnie na siły robotnika.

B. W zimie.

Rodzaj i ilość napoi: do wyboru $^1/_4$ ltr. kawy z mlekiem lub bez mleka, z cukrem lub bez cukru, herbaty z cukrem lub bez cukru, talerz rosołu lub zupy.

Warunek: Mróz najmniej 10° C lub przejmująca słota.

Czas: Począwszy od drugiego dnia co 3 godziny. Co do personelu pociągowego podczas jazdy, można na stacjach postojowych zrobić wyjątek co do podanych wyżej ilości i czasu ich wydawania.

Obejmuje: 1. Personel parowozowy i pociągowy;

2. personel przetokowy (patrz 1. A. 2);

3. „ drogowy, np. przy naprawie linji na linjach nieczynnych, przebudowie, nadzwyczajnym wysiłku pracy podczas nieszczęśliwych wypadków, zawiejach śnieżnych, powodziach i innych przeszkodach ruchowych;

4. personel zajęty przy naładunku i otwartych halach przeładunkowych;

5. personel zajęty stale na wolnem powietrzu przy odmarzaniu zamarzniętych zwrotnic, przewodach ogrzewania i sygnałowych, czyszczeniu zwrotnic, naprawie wagonów i w służbie technicznej zewnętrznej;

6. personel ładujący węgiel.

Uzasadnienie od 2 do 6: długotrwałe zimno wpływa ujemnie na siły robotnika. Podczas nadzwyczajnej pracy podanej pod 3. można na zarządzenie urzędów wydawać rozgrzewające napoje wyjątkowo i przy mniejszej temperaturze niż 10° C.

II. Bezpłatne wydawanie potraw.

Rodzaj i ilość: Zwyczajna ciepła potrawa lub butersznyt, do tego napoje jak pod I. (więc bez zupy).

Uzasadnnienie a) przekroczenie normalnej pracy przynajmniej o 3 godziny lub

b) wyjątkowe mrozy przeszło 20° C, lub

c) wyjątkowo męcząca praca przy naprawie drogi i na linjach

nieczynnych, nadzwyczajny wysiłek pracy podczas nieszczęśliwych wypadków, zawiejach śnieżnych, powodziach i innych przeszkodach ruchowych.

Czas: Od pierwszego dnia co 4 godziny pracy bez przerwy.

Obejmuje:

ad a) personel parowozowy i pociągowy,

ad b) personel parowozowy i pociągowy; następnie persone przetokowy na stacjach o wyczerpującej pracy przetokowej.

ad c) personel zajęty przy naprawie dróg i t. p.

Zaprowiantowanie według I i II rozciąga się również na zamiejscowy personel parowozowy i pociągowy. Kierownik pociągu może zapotzebowanie napoi i potraw podać stacji prowiantowej z poprzedniej stacji. Przy krótkich postojach pociągów należy napoje i potrawy podawać do pociągu. Wydawanie potraw i napoi należy w raporcie jazdy zanotować przy równoczesnem podaniu temperatury.

Urzędy, które mają wydawać napoje i potrawy, ustala urząd Ruchu w porozumieniu z urzędami warsztatowemi. Wydawanie napoi i potraw na koszt Tow. Niem. Kol. Państw. zarządza urząd, o ile warunki ku temu powstały. Wykonanie należy przeprowadzić w najprostszy sposób. Naczelnik urzędu lub jego zastępca zarządza przygotowanie napoi w kuchniach lub zamawia je pisemnie w gospodach lub w bufetach stacyjnych. Potrawy powinny dostarczać gospody lub bufety stacy'ne.

W razach wyjątkowych, o ile niema gospody i bufetu na stacji, można zamawiać potrawy i bezalkoholowe napoje w pobliskich restauracjach. Napoje i potrawy należy wydawać możliwie najbliżej miejsca zatrudnienia. Należy nad tem czuwać, aby potrawy i napoje były wydawane tylko w dobrej jakości. Ceny należy umówić. Rachunki poświadczone przez naczelnika urzędu zamawiającego należy przesłać odnośnemu urzędowi do wypłaty.

Urząd wydający napoje i potrawy prowadzi wykaz wybranych napoi i potraw w najprostszej formie, z którego powinno być widoczne: kto otrzymał, rodzaj, ilość wydanych potraw i napoi, powód, czas, jak również wysokość kosztów. Czy należy zaprowadzić kontrolę przez wydawanie znaczków, pozostawia się do rozstrzygnięcia Niem. Tow. Kol. Państw. Zarz. Oddz. Bawarja i Dyrekcjom Kol.

Personelowi niewymienionemu wyżej nie dostarcza się napoi i potraw na rachunek Tow. Niem. Kol. Państw. Jednak przy każdej stałej siedzibie pracy powinny być wodociągi lub studnie z wodą do picia oraz piece do przyrządzania ciepłych napoi i potraw. Również powinny się znajdować maszynki do kawy oraz urządzenia do przy-

rządzania wody burzącej (sodowej) i lemonjady. Popierać należy nabywanie naturalnei wody mineralnej według rozporządzenia z 15 sierpnia 1928 — 55 Uswg. Wszędzie tam, gdzie Dyrekcja Kolei Państw. uzna za potrzebne. należy bufety stacyjne zobowiącać umowami, aby dostarczały personelowi kolejowemu będącemu na służbie na żądanie tanich bezalkoholowych napoi i tanich pożywnych potraw. Należy zwracać uwagę, aby potrawy i napoje, dostarczane przez bufety kol., były spożywane na miejscu."

Niezależnie od powyższej akcji na kolejach niemieckich obowiązuje zakaz używania alkoholu na 8 godzin przed rozpoczęciem służby. Podobnie sprawę walki z alkoholizmem traktują Zarządy kolejowe w Finlandji, Szwajcarji i Czechosłowacji.

Czy koleje polskie w tej zbawiennej akcji mają być tylko obojętnym widzem?

Oczekujemy czynów, za czynami okażą się wnet skutki, dające świadectwo, że i na tem polu Polska jest siostrzycą kultury zachodniej.

Na kolejach polskich ruch abstynencki pojawił się w 1926 r. w dwuch ośrodkach, a mianowicie w Wilnie i we Lwowie. W r. 1929 udało się odrębnie pracujące organizacje połączyć pod nazwą „Abstynencka Liga Kolejowców" z siedzibą Zarządu Głównego w Warszawie przy ul. Nowy Świat 14.—Stosownie do zatwierdzonego przez władze statutu celem Ligi jest:

a) propagowanie trzeźwości na P.K.P. w słowie i piśmie,

b) utrzymywanie świetlic i domów abstynenckich,

c) urządzanie zebrań dyskusyjnych, odczytów, pogadanek i kursów naukowych,

d) utrzymywanie bibljotek abstynenckich, zbiorów, filmów i t. d.

e) wydawanie czasopism i broszur propagandowych.

Liga działa pod wysokim protektoratem Pana Ministra Komunikacji, który uznając cele Ligi za szlachetne i pożyteczne zarówno dla dobra służby, jakoteż i ogółu pracowników, okólnikiem z 19/V-1930 Nr. P2/12149/30 zalecił wszystkim władzom kolejowym popieranie rozwoju Ligi w miarę możności.

Utworzenie Ligi i wspomniany okólnik stanowią poważny krok naprzód w walce z najpotężniejszym wrogiem narodu, a zarazem słup graniczny, od którego liczyć będziemy nowy okres w rozwoju etyki ogółu pracowników kolejowych. Liga działa obecnie w D.O.K.P. Lwów, Stanisławów, Radom, Wilno i Katowice i liczy około 2000 członków.

Projekt
wyposażenia punktów sanitarno-ratowniczych O. P. G.

Dr. M. MIEDZISZEWSKI
Lekarz rejonowy w Bydgoszczy

„Si vis pacem, para bellum" — stare przysłowie i niestety zawsze aktualne. Koleje żelazne, jako jeden z najważniejszych środków komunikacyjnych, zawsze były objektem napadów nieprzyjacielskich. O ile w przeszłych wojnach nieprzyjaciel miał dostęp do kolei przeważnie w pasie przyfrontowym, rzadziej działając przez oddziały dywersyjne, obecnie kiedy rozbudowane zostało lotnictwo wojskowe, nawet najdalej położone od frontu objekty kolejowe mogą być terenem napadu. Napad taki nietylko będzie niszczycielskim; z rozwojem środków bojowych chemicznych lotnicy nieprzyjacielscy będą się starali wprowadzić panikę i dezorganizację pośród armji kolejarzy, zrzucając bomby gazowe, lub skrapiając tereny kolejowe płynami parzącemi (iperyt, luizyt).* Posiadając własną organizację sanitarną, koleje muszą już teraz pomyśleć o tem, jak się bronić przed takiemi napadami. Niedość będzie opatrzyć rannego pracownika kolejowego; trzeba będzie także ratować zatrutego. W tym celu na wszystkich stacjach kolejowych, gdzie są lekarze, muszą być zorganizowane na wypadek wojny punkty sanitarno-ratunkowe obrony przeciwgazowej (skrót O. P. G.). W maju w Poznaniu odbył się zjazd lekarzy sanitarnych i kierowników drużyn odkażających, już zorganizowanych na większych stacjach kolejowych, i pokazy pracy wyszkolonych drużyn sanitarnych O. P. G. Na konferencjach wspólnych wniesione zostały nowe projekty wyekwipowania tych drużyn, jak również ustalone były wytyczne dla pracy ich. Na polecenie zjazdu opracowałem projekt organizacji punktów sanitarno-ratowniczych O. P. G., zasięgając łaskawych wskazówek u p. d-ra Wojtkiewicza, lekarza rejonowego co do wyposażenia punktów w instrumentarjum chirurgiczne. Projekt niniejszy, który będzie rozesłany do poszczególnych Dyrekcji kolejowych celem jego rozpatrzenia i uzupełnienia, podaję do wiadomości także kolegów, przesyłając go do „Lekarza Kolejowego".

*) Dla udzielenia pierwszej pomocy otrutych gazami żrąco-parzącemi będą organizowane osobno kąpieliska z punktami opatrunkowemi.

Punkty sanitarno- ratownicze O. P. G. mają na celu udzielanie pierwszej racjonalnej pomocy zagazowanym i rannym i w żaden sposób nie są przeznaczone dla leczenia; po doprowadzeniu chorych do stanu, w którym mogą być odesłani do szpitala i gdy tylko nie będzie przeszkody nazewnątrz punktu, chorzy natychmiast zostają przenoszeni do szpitali, lub sami opuszczają punkt. Na tej zasadzie oparte jest wyposażenie punktów sanitarno-ratowniczych.

Punkty sanitarno-ratownicze urządza się w dobrze uszczelnionym pomieszczeniu lub schronieniu, specjalnie dla tego celu wybudowanym. Każdy punkt posiada 2 izby, o ile jest możność, połączone ze sobą drzwiami, do których prowadzi odzewnątrz korytarz. W jednej izbie urządza się pokój opatrunkowy; druga izba specjalnie jest przeznaczona dla ratownictwa zatrutych chemicznemi środkami bojowemi. Oświetlenie zasadniczo punkt posiada elektryczne, zasilane akumulatorami; w braku tychże oświetla się świecami; i w jednym i drugim wypadku musi być zapas świec (w razie zużycia akumulatorów). Szerokość i długość korytarza muszą być takie, by swobodnie można było przenosić nosze z chorymi do każdej izby; oprócz tego w korytarzu powinna stanąć szafa ze sprzętem przeciwgazowym i beczką z zapasem wody; na ścianie korytarza znajduje się wieszak dla odzieży; przy samym końcu ustęp.

Punkt posiada wodociągi i kanalizację;

Pokój opatrunkowy zawiera: 1 stół drewniany, długi 2 metry dla opatrunków i operacji w nagłych wypadkach (tracheotomja), stolik dla instrumentów, szafkę drewnianą dla materjałów opatrunkowych, 4 taborety, umywalnię (komplet), 2 wiadra emaljowane, prymus, 6 prześcieradeł dla stołu opatrunkowego; na ścianie wieszak dla płaszczy lekarskich i ubrania; punkt winien być wyposażony w następujące przedmioty, niezbędne dla ratownictwa: 50 pincetek Pean'a różnej wielkości; 2 pary nożyczek chirurgicznych krzywych; 2 pary nożyczek prostych; 4 skalpele; 5 pincetek zwykłych, 2 igły Deschamp'a po 1 na każdą stronę; 2 pincetki chirurgiczne; 2 pary kostnych kleszczy Luer'a; 1 parę kostnych kleszczy Listona; 1 komplet narzędzi dla tracheotomji, 1 sterelizator spirytusowy dla instrumentów; 50 sztuk igieł chirurg. różnej wielkości; 2 strzykawki „Record" po 2,0; 50 igieł do strzykawek „Record"; 5 kompletów klamerek do zaszywania; 1 aparat do wlewań roztw. Soli fizjol, (komplet); 4 węże gumowe Esmarcha; 2 pary dużych nożyc dla rozcinania ubrania; 2 druciane szyny na całą kończynę dolną; 100 sztuk szyn tekturowych i drewnianych różnej wielkości; 1 maskę dla narkozy; 2 flaszki methyli chlorati pronarcosi po 100,0; 25 flaszek catgutu, Nr. 2 i Nr. 3; 200 sztuk opatrunków indywidu-

alnych różnej wielkości; 20 kilo waty hygroskopijnej; 5 kilo waty szarej; 5 kilo ligniny; 10 metrów gazy xerofomowej; 10 kilo gazy wyjałowionej w paczkach po 1 kilo; T-rae jodi 100,0 we flaszkach po 20,0; 5 kilo spiriti wini 95%; 500,0 wody utlenionej; 1 kilo aeteri sulfurici; 10 kilo spirytusu skażonego; 5 kilo sublimatu e 1,0—1000,0*) 20 sztuk chustek (mitellae); 10 pudełek leucoplarstru 2, 3 i 5 cm.; 10 pudełek agrafek do zapinania; 5 kilo zwykłej gazy; 6 serwetek na stół do instrumentów.

Zawartość szafy ustawionej w korytarzu:

20 kompletów ubrań przeciwiperytowych; 50 masek przeciwgazowych i 50 zapasowych pochłaniaczy; 12 węży gumowych Esmarcha; 5 kompletów aparatów tlenowych lekkiego typu; 2 duże butle z tlenem, lub jedną z zawartością 2 m^3 pod ciśnieniem 150 A**); 20 latarek elektrycznych, zawieszanych na piersiach; 20 zapasowych ogniw do nich; 8 torb sanitarnych dla DS z zawartością wymienioną w zał. Nr. 1; 1 rozpylacz dla dezynfekcji; 100,0 nadtlenku sodu; 100,0 nadtlenku potasu; 100,0 wodorotlenku sodu; 100,0 wodorotlenku potasu.

Druga izba, wyznaczona tylko dla ratownictwa zagazowanych, posiada 6 kompletów łóżek z pościelą, 1 stół dla lekarstw, 1 stół drewniany 2 metry dług., drewnianą szafkę dla lekarstw, 6 podsuwaczy. W szafce znajdują się następujące leki i przedmioty:

500,0 natronu (n. bicarb); 500,0 tiosiarczanu sodu; 500,0 bornego kwasu; 500,0 boraksu; 1000,0 soli kuchennej czystej; 20,0 nadmanganianu potasu; 500,0 glycerini; 500,0 spiriti wini 95%; 100,0 ol Terebinthinae; 500,0 aeteri sulfurici; 100,0 Liq. ammoni caustici; 200,0 t-rae Valer. aeter; 1 kilo Vaselini borici; 5 kilo waty hygroskop.; 100 tabletek soli fizjologicznej; 100 tabletek codeini phosph. po 0,02: 200 sztuk perełek z eterem; 100 sztuk tabletek piramidonu po 0,3; 100 ampułek 25% rozczynu Ol. camforowego. 50 ampułek lobeliny; 50 ampułek coraminy; 50 ampułek apomorfiny; 10 ampułek żelatyny (mag. Klawe); 20 ampułek koagulenu „Ciba"; 50 ampułek kofeiny po 0,25; 30,0 Sol 2% Cocaini hydrochlor; 30,0 sol 1% atrop sulf.; 2 strzykawki Record po 2,0; 20 sztuk igieł do nich; 6 sztuk wanienek szklannych dla oczu; 20 sztuk zakraplaczy; 1 komplet zgłębn. żołądk. (z lejkiem); 1 kateter męski metal; 1 przyrząd do wenesekcji; 60 baniek szklannych; 1 przyrząd dla ciętych baniek (baniecznik ; 10 gumowych kateterów Nelatona; 6 sztuk irygatorów gumowych (po 100,0); 2 aparaty inhalacyjne; 2 miedniczki nerkowate; 1 rurkę Bellocqea;

---

*) lub 20 pastylek sublimatu po 0,5

**) są na składach w G. M. Z.

6 kompletów worków skórzanych dla tlenu (z maseczkami); 5 butli szklannych po 5 litrów każda z korkami; 2 karafki do wody; 2 rondelki aluminjowe do wody; 6 kubków alumin.; 6 łyżeczek alum.; 1 czajnik alum.; 6 wiader emaljow.; 6 szczotek do rąk; 2 komplety umywalni; 6 prześcieradeł dla stołów; 10 płaszczy dla personelu; 1 kilo kawy mielonej; 1 kilo herbaty: rolety na drzwi (przypuszczalnie 3 pary); 6 worków do piasku; 6 sztuk mydła do rąk, 20 ręczników; 6 par noszy składanych (stoją w korytarzu).



Część uczestników I Zjazdu Zrzeszenia Lekarzy Kolejowych w Warszawie w 1926 r

STRESZCZENIA

Maurice Boigey: **„Pocenie się a odżywianie."** (Presse médicale Nr. 21, 1930 r.).

O ile starożytni dużą rolę w leczeniu przypisywali poceniu się, o tyle współcześni ten czynnik zbytnio ignorują, bądź też przypisują mu znaczenie podrzędne. Pot zawiera wodę, mocznik, sól kuchenną, cholesterynę, takie kwasy, jak kaprylowy, butyrowy, które nadają specyficzny zapach. Ilość tych składników i wzajemny ich stosunek zależy od odpoczynku, pracy, ciepłoty zewnętrznej, stanu zdrowia organizmu.

Autor przeprowadzał badania celem określenia jakościowego i ilościowego potu u osobników, cierpiących na dnę i na niedomogę wątrobową lub nerkową, wkładając badanym pod pachę zwitki gazy, która łatwo nasiąkała potem. Przekonał się, że u chorych na skazę moczanową, mocznik potu tak był obfity, że krystalizował się na powierzchni skóry. U djabetyków stwierdził glukozę w pocie. Ilość jej, w kilku przypadkach po pewnych wysiłkach fizycznych badanych, przekraczała ilość wydaloną z moczem. U dzieci — kwas mleczny. Co do soli kuchennej, to podczas odpoczynku ilość jej średnio wynosiła 1,45%, a podczas pracy — 3,27%. Pot u dnawych zawiera również zwiększoną ilość amoniaku, fosforanów, kwasu moczowego

Pocenie się w przebiegu ostrych cierpień zapowiada często wyzdrowienie. Odpowiadałoby to masowemu wydalaniu toksyn. W cierpieniach powyżej omawianych pocenie się często doprowadzało do wyleczenia. Zachodzi pewna różnica w poceniu się, wywołanem wysiłkami fizycznemi, a powstałem w spoczynku naskutek wysokiej temperatury zewnętrznej (łaźnia).

Pot w pierwszym przypadku zawiera mniej wody (mniejsze odwodnienie ustroju), a więcej produktów toksycznych, niż w drugim.— Dlatego też jest korzystniejszy dla ustroju.

dr. W. Ehrenkreutz

René Mignot: **„Leczenie ropień płucnych."** (Presse médicale Nr. 23, 1930 r.).

W leczeniu ropień płucnych należy indywidualizować każdy poszczególny przypadek ze względu na różnorodność ich form anatomo-patologicznych i sposobów powstawania.

Autor podaje metody leczenia ropień płuc o przebiegu ostrym. Istnieją tu ropienia o charakterze łagodnym, których wyleczenie następuje samoistnie, chociaż według *Bezançon* jest ono niekiedy pozorne. Rokowanie uzależnione jest od rodzaju bakterji, wywołujących ropienie, np. o ile są to ziarenkowce zapalenia płuc, rokowanie jest najlepsze, gorsze — przy paciorkowcach, a najgorsze — przy laseczników zapalenia płuc *Friedländera.*

Leczenie profilaktyczne ma duże znaczenie. Należy zwracać uwagę i leczyć wszelkiego rodzaju zmiany patologiczne (np. owrzodzenia sluzówek) w jamie ustnej, nosowo-gardzielowej oraz zębów.—

Leczenie symptomatologiczne ma na celu podtrzymywanie akcji serca, ułatwianie diurezy, łagodzenie bólów, ułatwianie wykrztuszania i do pewnego stopnia przeprowadzanie antyseptyki dróg oddechowych przez podawanie takich środków, jak gomenol, eucaliptol i stosowanie dożylne urotropiny, trypaflaviny i t. p. Jako dobrze działający środek, szczególnie w zmianach zgorzelinowych płuc, autor przytacza nalewkę spirytusową na czosnku, którą można stosować w roztworze z oliwą $2^0/_0$ domięśniowo.— Jej działanie antyseptyczne okazuje się w sposób wybiórczy na poziomie pęcherzyków płucnych, a zwłaszcza oskrzeli. Wreszcie w leczeniu ropień płucnych poważną rolę odgrywają swego rodzaju specyfiki w postaci surowic, szczepionek, stosowanych głównie w przypadkach ostrych, o czynniku chorobotwórczym — znanym. Dalej — preparaty arsenowe, jak novarsenobenzol, a także kombinacje sero-względnie vaccinoterapji z arsenoterapją.

Szczególne tryumfy święci emetyna, podawana w przypadkach ropień płucnych pochodzenia amebowatego. Według autora należałoby wypróbowywać emetynę w każdym przypadku ropień płucnych. Stosuje się ją w postaci chlorhydratu emetyny — podskórnie. Poprawa jest natychmiastowa: następuje szybki spadek temperatury i zmiana korzystna dotychczasowego obrazu roentgenologicznego płuc. Leczenie na drodze zagęszczania pokarmów przez stosowanie djety skąpej w wodę i sól kuchenną rzadko daje dobre rezultaty i tylko w przypadkach świeżych.

Bronchoskopja, rozpowszechniona w Ameryce, pozwala wprowadzać prawie do samych ognisk środki antyseptyczne, zwalczać zwężanie się oskrzeli oraz odprowadzać wydzielinę ropną.

W zakończeniu artykułu autor zaznacza, że w przypadkach ropień przewlekłych lub ponawiających się, metody powyższe nie wystarczają i powinny ustąpić metodom chirurgicznym.—

Dr. W. Ehrenkreutz

Gabrjel Mészáros **„Indywidualne odżywianie chorych w lecznicach w praktyce."** (Nowiny lekarskie Nr. 9, 1930 r.)

Dotychczasowe odżywianie chorych poza specjalnemi djetami nie uwzględnia indywidualnych upodobań chorego. Odbija się to ni. raz na ogólnem odżywieniu chorego. Pierwsze kroki w tym kierunku poczynił prof. Soós, który w swoim systemie, przedstawionym na ostatniej wys'awie djetetycznej w Berlinie pod nazwą: „Budapester System prof. Soós" uwzględnia również stronę ekonomiczną odżywiania chorych Zasada tego systemu polega na ścislem określeniu kwoty, która wypada przeciętnie na odżywianie jednego chorego. Kwotę tę dr. Soós wyraża nie w pieniądzach, a w t. zw. „indeksach". Podobnie oblicza się równowartość potraw, uwzględniając wartość smaku potrawy. W ten sposób latwo skontrolować, do jakich granic można dojść, biorąc pod uwagę upodobania chorego. Różnice powyżej normy pokrywają się przez różnice poniżej normy t. j. niewykorzystanie przez niektórych chorych. Wtedy oszczędności jednego dnia zaspakajają zwiększone zapotrzebowania dnia następnego. Dla przeprowadzenia takiego systemu potrzebne było odpowiednie urządzenie kuchen. Każda klinika dostała t. zw. kuchnię rozdzielczą, mogącą samodzielnie gotować, a pozostającą pod kierownictwem fachowo wykształconej siostry djetetycznej, której zadaniem jest także zbieranie

zamówień od poszczególnych chorych na podstawie ułożonej karty dań. Następnie potrawy są segregowane. Większa ich ilość zamawiana jest w kuchni centralnej, a bardziej specjalne potrawy przyrządane są na kuchni rozdzielczej, otrzymującej produkty z magazynu centralnego.

Prof. Mészâros, opierając się na tym systemie przeprowadził organizację pracy na swoim „Oddziale wyżywienia“ w Segedynie. W instytucji powyższej oddział A załatwia zakupy i magazynuje; oddział B — przygotowuje na surowo środki spożywcze, oddziały zaś C i D (kuchnie kliniczne) gotują potrawy: w większej ilości na oddziale C, a specjalne na oddziale D. Jadłospis zestawiony jest na dwa tygodnie. Jedna jego część obejmuje stałe menu, druga zaś — na wzór kart restauracyjnych wylicza potrawy, będące do dyspozycji chorych. Oddziały A i B są instytucjami centralnemi i są zarządzane przez lekarza, prowadzącego oddziały, zaś C i D, w liczbie, odpowiadającej ilości klinik, pozostają pod zarządem tych ostatnich. System taki pod kierownictwem lekarskiem zapewnia także i korzyści naukowe, dając możność naukowej eksperymentacji na polu djetetycznem.

Dr. W. Ehrenkreutz

René Mignot: **„Leczenie septicemji“** (Presse médicale Nr. 183, 1930 r.)

Autor w swym artykule daje przegląd obecnie używanych środków w zwalczaniu zakażeń septycznych.

Leczenie miejscowe. Należy usuwać ogniska, skąd wychodzi zakażenie. Takiemi ogniskami są cierpienia jamy nosowo-gardzielowej, dróg rodnych i t. p.

Leczenie ogólne: środki nasercowe, moczopędne, lawatywy, kroplówki i t. p. w zależności od przypadku.

Leczenie na drodze wywoływania *t. zw. ropni fiksacyjnych* przy pomocy zastrzyków podskórnych takich środków, jak wyciągu terebentynowego. Powstanie ropnia daje dobre rokowanie. Sposób ten udaje się w przypadkach septicemji o leukocytozie wzmożonej. O ile leukocytoza jest obniżona, wskazane są zastrzyki nukleinianu sodu.

Według metody *Jentzera* stosuje się dożylnie zastrzyki mieszaniny wyciągów z igieł jodłowych, tymolu i t. p. działających antyseptycznie bez objawów ubocznych.

Leczenie przez wywołanie wstrząsu. Badania *Widala* wykazały, że zastrzyki do krwi obcego białka, metali w roztworach kolloidalnych powodują powstanie t. zw. wstrząsu kolloidoklastycznego („choc colloïdoclastque“). Zapalenie wsierdzia stanowi przeciwwskazanie. W razie wyników niepomyślnych nie należy stosować dalej tej terapji. Do tej motody zbliżona jest t. zw. autohemoterapja, zalecana głównie w przypadkach cięższych o czynniku chorobotwórczym nieznanym.

Leczenie biologiczne. Należy tu 1) t. zw. *seroterapja* stosowana w niewielu septicemjach w postaci wszelkiego rodzaju zastrzyków. Wchodzi tu w grę surowica przeciw ziarenkowcom zapalenia opon mózgowych, przeciwwąglikowa, przeciwwiewiórowa, przeciw lasecznikowi okrężnicy. Co się tyczy surowic przeciwłańcuszkowcowej i przeciw ziarenkowcowi zapalenia płuc, to działanie ich jest wątpliwe.

2) *vaccinoterapja* lub bakterjoterapja, wprowadzona przez *Wright'a* o wynikach niezbyt pomyślnych. Jej sposób działania, zdaje się, sprowadza się do działania obcego białka, wywołującego wstrząs. Besredka próbował leczenia miej-

scowego przy pomocy przesączów kultur paciorkowcowych, szczególnie nadającego się w zakażeniach połogowych.

3) *przetaczanie krwi* wskazane jest w przypadkach ciężkich, połączonych z niedokrwistością i zakażeniach, powolnie rozwijających się.

4) *przetaczanie krwi* od osobników uodpornionych poprzednio na dane zakażenie.

Wreszcie pozostaje *leczenie przy pomocy środków chemicznych.* Zadaniem tych środków jest zniszczyć zarazek w organizmie, nie uszkadzając jego komórek. Autor omawia cały ich szereg, podkreślając charakterystyczne cechy działania i formy stosowania w praktyce.

Należą tu: a) salicylan sodowy w zastrzykach dożylnych w postaci $5^0{}_0$ roztw.

b) septicemina, kombinacja jodu i forminy, bardzo dzielny środek nietoksyczny, nie wywołujący wstrząsu.

c) siarczan miedzi w roztworze amoniakalnym,

d) preparaty arsenowe n.p. kakodylan sodu, stosowany dożylnie, novarsenobenzol i t. p.

e) nowszego pochodzenia jest grupa środków barwnych, jak błękit metylenowy, fiolet gentjanowy, merkurochrom, ten ostatni wskazany jest w zakażeniach gronkowcowych i lasecznikiem okrężnicy. Wywołuje niekiedy silny wstrząs, Dalej rozpowszechniona w Niemczech trypaflawina (związek akrydynowy) w roztworach $2^0{}_0$ od 30 do 40 cm.^{3} dożylnie. Nie daje wybitniejszych objawów pobocznych. Ostatnio notowano dobre wyniki w leczeniu przy jej pomocy zakażeń, wywołanych lasecznikiem zapalenia płuc Friedländera, gorączki tyfoidalnej, w zapaleniach wsierdzia.

Ostre i przewlekłe zapalenie krwotoczne nerek stanowi przeciwwskazanie.

Podobnie do nowszych środków należą pochodne chininy, optochina, wucyna, eukupina.

Ogólnie używanym środkiem w Niemczech, mniej we Francji, jest yatren o dość dużej sile bakterjobójczej.

Rezultaty leczenia zakażeń septycznych omówionemi wyżej środkami zależą w znacznym stopniu od wieku chorego, odporności organizmu, od siły mikrobów.

Stąd—duża różnorodność w osiągniętych wynikach.

Dr. W. Ehrenkreutz.

Richard Jakiel. **„O anafilaksji pokarmowej i o odczuleniu „per os" sposobem Besredki".** (Presse médicale Nr. 51, 1930 r.)

Wiadomo od czasu Besredki, że zwierzęta, będące w stanie uczulenia dają się szczepić przeciw wstrząsowi anafilaktycznemu przy pomocy małych dawek drogą doustną i podskórną. Przekonano się, że pepton używany w zwalczaniu anafilaksji na pokarmy, na każde białko szkodliwe, nie zawsze spełniał pokładane w nim nadzieje.

W wypadkach, gdzie jest nieznany dokładnie produkt, wywołujący objawy anafilaktyczne, autor, opierając, się na metodzie Besredki, proponuje podawać *t. zw. mały posiłek całkowity* („petit repas total"), składający się z małych dawek pokarmów, z których jeden, bliżej nieznany, jest szkodliwy; pożywienie takie w małych dawkach, stosowane przez pewien czas, wywołuje stopniowe uodpornienie: objawy anafilaktyczne słabną i stają się coraz rzadsze.

Autor przytacza dwa przypadki zupełnego tą metodą wyleczenia.

Dr. W. Ehrenkreutz.

Maurice Loeper i A. Lemaire: **„Djeta chorych na serce i odżywianie serca"** (Presse médicale Nr. 14, 1930 r.).

Ogólnie stosowana u chorych nasercowych djeta mleczna lub mleczno-jarzynowa z ograniczeniem płynów autorom wydaje się niewystarczającą.

Na odżywianie tych chorych trzeba patrzeć 1) z punktu ogólnego odżywiania i 2) z punktu odżywiania samego serca. Co się tyczy pierwszego warunku należy: a) zwalczać kwasicę, która powstaje naskutek przemiany glikogenu w mięśniach na kwas mleczny. Przemiana ta następuje w każdym normalnym mięśniu. Natomiast proces odbudowy glikogenu u chorych na serce wskutek gorszych warunków utleniania jest utrudniony, co wywołuje zwiększoną kwasicę którą należy leczyć dwuwęglanem sodu w małych dawkach.

b) stosować djetę ubogą w chlorki i sole wapnia (szczególnie u osobników z miażdżycą naczyń), c) ograniczyć ilość płynów, d) poprawić trawienie, gdyż zaburzenia w krążeniu w zakresie naczyń brzusznych wywołują zmniejszone wydzielanie soków trawiennych. Szczególnie należy usuwać pokarmy bogate w azot, jak n. p. mięso.

Co do drugiego warunku odżywiania samego serca, to jego niewydolność jest często natury chemicznej. Składniki chemiczne mięśnia sercowego są ilościowo inne, aniżeli mięśnia szkieletowego lub gładkiego, n. p. mięsień sercowy zawiera dwa razy więcej fosforu. Nie dość na tem, poszczególne części serca w swym składzie chemicznym różnią się między sobą, n.p. przedsionki zawierają więcej samego wapnia niż komory.

Autorzy poświęcają szczególniejszą uwagę glikogenowi. Ten pod różnemi postaciami znajduje się w mięśniu sercowym bądź jako kropelki, bądź też jako ziarenka, przyczem w pęczkach pierwotnych mięśnia jest trwalszy niż we włóknach mięsnych; ta różnica, zapewne odgrywa rolę w odmiennej czynności obu elementów. Amylaza, biorąca udział w przemianie glikogenu, znajduje się w większej ilości w ścianie komory, niż w strefie przedsionkowo-komorowej (węzeł Tawara, pęczek His'a). Te dane pozwalają traktować komórki pęczka pierwotnego jako gruczoły glikogenowe, jako rezerwy palne, przydzielane przez wspomniane komórki młodym włóknom mięśnia sercowego.

Na akcję serca poważny wpływ wywierają jony Ca, Na i K. Wapń ma działanie kurczące, potas zaś rozkurczające.

Soli tych możemy sercu dostarczyć w zielonych jarzynach.

Wreszcie serce dla odżywiania swego potrzebuje lecytyny i siarki, których działanie jednak nie jest jeszcze wyjaśnione.

Cukier stanowi zasadnicze odżywianie serca; glikogen — jako materjał zapasowy i glukoza — jako produkt spożywania. Opierając się na własnych badaniach i innych pracach autorzy doszli do wniosku że podawanie cukru szczególnie w formie glukozy nietylko pogłębia działanie leków, jak naparstnicy, ale także wpływa w pewnym stopniu na diurezę i na obniżenie ciśnienia przy nadciśnieniu.

Dr. W. Ehrenkreutz

KRONIKA.

Do Szanownych Kolegów, członków Zrzeszenia Lekarzy Kolejowych.

Na ostatnim Zjezdzie Lekarzy Kolejowych w Poznaniu otrzymało Koło Katowickie mandat zwołania następnego Zjazdu Lekarzy Kolejowych.

Wywiązując się z tego zadania, zapraszamy Szanownych Kolegów wraz z rodzinami na

V-ty WSZECHPOLSKI ZJAZD LEKARZY KOLEJOWYCH,

który odbędzie się w Katowicach w dniach 7-go, 8-go i 9-go września r. b.

Szanowni Koledzy będą mieli sposobność zapoznać się z charakterystycznemi urządzeniami Przemysłu Śląskiego (kopalnie, huty, Państwowa Fabryka Związków Azotowych i t. d.)

Celem odpowiednich przygotowań Komitet Zjazdu prosi uprzejmie Szanownych Kolegów o wczesne nadsyłanie zgłoszeń.

Wpisowe wynosi zł. 10 od członka Zjazdu i zł. 5 od osoby towarzyszącej

Zgłoszenia i należność prosimy wysyłać pod adresem: Dr. KNAPCZYK — Mysłowice — P. K. O. 306-815.

KOMITET ZJAZDU.

REFERATY,

dotychczas zgłoszone na Zjazd.

Dr. H. Targoński (Warszawa) O metodach badania zmęczenia w zastosowaniu do kolejnictwa.

Inż. Wojciechowski (Warszawa) Dotychczasowe wyniki badania psychotechnicznego pracowników kolejowych.

Dr J. Zawadzki (Warszawa) O konieczności zjednoczenia lecznictwa dodatkowego na P. K. P.

Dr. A. Liebesman (Stanisławów) Rozwiązanie zagadnienia chorób metaluetycznych w kolejnictwie.

Dr. Wilimowski (Katowice) Przepukliny jako następstwo nieszczęśliwych wypadków i ocena procentowa następstw po nieszczęśliwych wypadkach.

Dr. Hanke jun. (Katowice) O usprawnieniu pracy i poprawie bytu lekarzy rejonowych. Tezy Koła Śląskiego.

MINISTERSTWO KOMUNIKACJI
Biuro Personalne
Nr. P. 2 161 30

ODPIS
Warszawa, dnia 17 lipca 1930 r.

W sprawie Zjazdu Zrzeszenia Lekarzy Kolejowych

Do
wszystkich Dyrekcji Okręgowych Kolei Państwowych

W dniach 7, 8 i 9 września r. b. odbędzie się w Katowicach Zjazd Zrzeszenia Lekarzy Kolejowych.

Stosownie do prośby Zarządu Głównego Zrzeszenia poleca się udzielić — w miarę możności — urlopów z zachowaniem poborów na wspomniane 3 dni członkom Zrzeszenia, którzy wyrażą chęć wzięcia udziału w Zjeździe. Urlopowanym należy wydać — na zasadzie obowiązujących przepisów — bilety bezpłatne, jednorazowe na przejazd do Katowic i z powrotem, z ważnością na pociągi pospieszne.

Celem ułatwienia przejazdu członkom Zrzeszenia Dyrekcje wydadzą we wzajemnem porozumieniu stosowne zarządzenia co do przeprowadzenia dla nich wagonów bezpośredniej komunikacji do Katowic i z powrotem.

(—) *Zajączkowski*
Dyrektor Biura Personalnego

ZMIANY SŁUŻBOWE.

Mianowani:

Dr. Kiersnowski Stanisław — Naczelnikiem Wydz. Sanit. Dyr. Radomskiej.
Dr. Królewski Wacław — Naczelnikiem Wydz. Sanit. Dyr. Wileńskiej.
Dr. Anders Józef — Naczelnikiem Wydz. Sanit. Dyr. Gdańskiej.

Emerytowani:

Dr. Sobolewski Edmund — Naczelnik Wydz. Sanit. Dyr. Radomskiej.
Dr. Szukiewicz Jarosław — Naczelnik Wydz. Sanit. Dyr. Wileńskiej.
Dr. Panecki Władysław — Naczelnik Wydz. Sanit. Dyr. Gdańskiej.
Dr. Świątecki Jan — Lek. Rej. Dyr. Warszawskiej.

Zmarli:

Dr. Kołakowski Feliks — emeryt Dyr. Radomskiej.
Cześć Jego pamięci.

Uchwały X Zjazdu Psychjatrów Polskich d. 7, 8, 9 czerwca 1930 r.

X Zjazd Psychjatrów Polskich w Łodzi (łącznie z Kochanówką i Wartą) uchwalił na posiedzeniu w Warcie dn. 9.VI-1930 r. następujące wnioski:

I. Zjazd zwraca się do odpowiednich czynników rządowych z gorącym apelem, aby w imię najwyższych dóbr społecznych zechciały ściśle wykonywać przepisy ustawy antyalkoholowej — aby zechciały zająć się rewizją zagadnienia Państwowego Monopolu Spirytusowego, powoławszy do współpracy odpowiednich przedstawicieli wiedzy lekarskiej — aby zechciały uwzględnić w statystykach nieszczęśliwych wypadków przy pracy oraz w ruchu sprawę alkoholizmu jako przyczyny bezpośredniej lub pośredniej wypadku — oraz by w celu skutecznej walki z plagą alkoholizmu u dzieci i młodzieży wprowadziły systematyczne wykła-

dy alkohologji w seminarjach nauczycielskich i odpowiednie wykłady z tej dziedziny w szkołach średnich i powszechnych (w wykładach tych czynny udział psychjatrów w roli psychohygjenistów jest konieczny).

II. Zjazd zwraca się do prasy codziennej z gorącym apelem, aby zagadnienie alkoholizmu traktowała z całą powagą, na jaką zasługuje ta wielka klęska społeczna.

III. Uważając istnienie szpitala psychjatrycznego w Warcie za niezbędne ze względu na katastrofalny brak miejsc dla psychicznie chorych w województwie Łódzkiem, opierając się także na wrażeniu, że w istniejących warunkach szpital łącznie z jego aneksami znakomicie odpowiada swojemu przeznaczeniu, X Zjazd Psychjatrów polskich zwraca się do Pana Wojewody z prośbą, by zechciał wziąć szpital w Warcie w obronę i by ugruntował byt tej instytucji na bezspornych fundamentach prawnych.

Warszawska Szkoła Pielęgniarstwa.

Dnia 10 maja r. b. przy ulicy Koszykowej 78 J. E. Ks. Biskup Dr. Szlagowski dokonał poświęcenia nowowzniesionego gmachu dla Szkoły Pielęgniarstwa.

Celem szkoły jest fachowe przygotowanie kobiet do pielęgnowania chorych oraz do pracy na polu hygjeny społecznej.

Naczelną władzą fundacji jest Rada, bezpośrednią władzą szkoły — Zarząd Fundacji. Na czele stoi Dyrektorka — dyplomowana pielęgniarka. Nad kierunkiem pedagogicznym szkoły czuwa Rada Pedagogiczna. Gmach szkoły jest własnością rządu.

Wykłady z zakresu pielęgniarstwa prowadzą pielęgniarki dyplomowane, z zakresu zaś nauk medycznych — profesorowie i docenci wyższych uczelni, lekarze asystenci kliniczni i szpitalni.

Kurs szkoly trwa 2 lata i 4 miesiące.

Kandydatki, pragnące wstąpić do szkoły, muszą być w wieku od 20—35 lat i mieć świadectwo ukończenia przynajmniej 6 klas gimnazjalnych lub wykształcenie równorzędne, uznane przez Zarząd szkoły.

Kongresy i Zjazdy Lekarskie.

I Polski Zjazd w sprawie Reumatyzmu odbędzie się w Inowrocławiu dnia 6—7 września r. b.

III Międzynarodowy Kongres Radjologiczny odbędzie się w Paryżu, w lipcu roku przyszłego. Bliższych informacji udziela sekretarjat: Dr. Lenoux Leburi, Paris (VIII-e) 122 rue la Boétie.

III Lekarski Kurs dokształcający w Ciechocinku odbędzie się w dniach 31 VIII — 2 IX r. b. Uczestnicy Kursów mają zapewnione mieszkanie bezpłatne.

Kurs dokształcający w Karlsbadzie odbędzie się w czasie od 14 — 20 września r. b.

V Międzynarodowy Zjazd Przyrodoleczniczy odbędzie się w Leodjum (Liége) w dniach od 14 — 18 września r. b. Bliższych informacji udziela Sekretarjat Polsk. Komit. (Poznań — klinika Ortopedyczna — ul. Gąsiorowskich 7 — Dr. Rancia.

II Kongres międzynarodowy pedjatrów w Sztokholmie d. 18—21 sierpnia r. b.

I Międzynarodowy Kongres Neurologiczny w Bernie d. 3 sierpnia — 1 września r. b.

Międzynarodowy Zjazd Stomatologiczny w Wenecji d. 15 września r. b

VIII Kongres międzynarodowy historjo-medyczny w Rzymie d. 22 — 27 września r. b.

Wszechsłowiański Zjazd lekarski w Splicie d. 4 — 8 października r. b.

W roku bieżącym na ręce Pana Ministra Komunikacji Związki: Inżynierów, Prawników i Lekarzy kolejowych złożyły memorjał następującej treści:

Do Pana Ministra Komunikacji

Sprawa dostatecznego zaopatrzenia kolei polskich w fachowe siły o wyższym cenzusie naukowym nadal w Polsce nie traci na swej ostrości. Jeżeli chodzi naprzykład o inżynierów, to jak to wykazał inż. Cywiński w swym raporcie na VIII Zjeździe Inżynierów Kolejowych w Katowicach (drukowany w Nr. 10 1928 Inż. Kol.), ilość inżynierów na kolejach jest niedostateczna i z każdym rokiem maleje z powodów przytoczonych przez referenta, z których, poza naturalnym ubytkiem, najważniejszym jest nizkie uposażenie na kolejach, powodując niechęć młodych sił inżynieryjnych wstępowania na służbę kolejową.— Analogiczny stan istnieje na kolejach polskich, o ile chodzi o urzędników z wykształceniem prawniczem.

Doraźne środki w rodzaju ustanowienia stypendjów dla studentów, z obowiązkiem po ukończeniu studjów odsłużenia, za każdy rok pobierania stypendjum, półtora roku na kolejach, nie zapobiega złu. Biedna młodzież akademicka będzie się ubiegała o stypendja, bo wszak nie jest dla nikogo tajemnicą, w jak ciężkich warunkach materjalnych kształci się polska młodzież na naszych wyższych uczelniach, będąc zmuszona zarabiać na swe utrzymanie niejednokrotnie w sposób uniemożliwiający odbywanie studjów normalnie, przedłużając je z tego powodu o lat parę i więcej, co niejednokrotnie powoduje dla tej młodzieży znaczne straty Czy jednak młodzież ta poświęci się w następstwie pracy na kolejach?

Naszem zdaniem, dopóki stosunki w dziedzinie uposażenia na kolejach nie zmienią się, niema widoków na przyciągnięcie większej ilości sił akademickich do stałej pracy na kolejach. Dając zobowiązanie młody akademik odsłuży na kolei czas, do którego jest umową zmuszony, jednak napewno zużytkuje ten czas na rozpatrzenie się za lepszem miejscem. Nie można wymagać od naszej młodzieży, by za pomoc podczas studjów skazywała siebie i swe przyszłe rodziny na nędzę, wtedy gdy w innych dziedzinach, a szczególnie w pracy prywatnej, przez czas dłuższy jeszcze będzie mogła znaleźć lepsze zabezpieczenie swego bytu. I dlatego sprawa uporządkowania na kolei uposażenia sił fachowych z wyższym cenzusem naukowym, jest pierwszorzędnego znaczenia. Jeżeli porównać warunki uposażenia średnich sił technicznych z omawianą kategorją pracowników, widzimy, że po ukończeniu średniej szkoły technicznej, a więc będąc w latach odpowiadających wiekowi studenta na pierwszym, względnie drugim roku studjów, młody technik wstępuje na kolej i po złożeniu dość łatwych egzaminów urzędniczych, w przeciągu dwu do sześciu lat może osiągnąć sranowisko w 8 grupie uposażeń (nadzorca odcinka drogowego, technik, st. technik).

W tym samym czasie, inżynier, prawnik czy lekarz kończy zaledwie studja i otrzymuje początkowo 9 grupę uposażenia, a po paru latach, składając również egzamina urzędnicze osiagą grupę 7-mą, na której będzie musiał dłużej się zatrzymać z powodu braku na kolejach polskich dostatecznej ilości stanowisk w wyższych grupach uposażeniowych.

Jesteśmy bezwzględnie przekonani, że gdyby uposażenie inżynierów, prawników, lekarzy i wogóle personelu o wyższym cenzusie naukowym stworzyło na kolei znośny byt, ilość kandydatów na odnośne stanowiska wzrosłaby niepomiernie i kolej mogłaby pozyskać wybitniejsze i więcej zdolne jednostki, co dla przyszłego rozwoju kolejnictwa polskiego, nie pozbawione jest znaczenia.

Praca kolejowa nie jest mniej ciekawą niż praca w innych dziedzinach gospodarki narodowej. Olbrzymi mechanizm kolejowy zmusza do wytężenia umysłu nad jego udoskonaleniem, nad wprowadzeniem coraz nowszych uproszczeń w administracji, badania stosunków handlowych i społecznych, polepszenia stanu sanitarnego kolei, a kolejowe dzieła sztuki należą do najmonumentalniejszych.

Gdyby więc młody inżynier, prawnik lub lekarz widział przed sobą przyszłość, gdyby w porównaniu do płac, otrzymywanych na rynku prywatnym, widział nawet nie tak wysokie płace, ale zapewniające mu znośny byt i stałą poprawę, niejeden akademik, obierając sobie kierunek pracy, obrałby kolejnictwo, tak jak to było przed wojną i jak obecnie na całym świecie się dzieje.

Stan taki zmusza do zastanowienia się, w jaki sposób można stworzyć warunki, dające ludziom z wyższym cenzusem naukowym a więc poświęcającym część swego życia i to najdroższą, bo młodość, zapewnienia znośnieszego bytu.

1) Jako pierwszy środek widzimy wprowadzenie osobnego *dodatku cenzusowego.*— Już w ustawie uposażeniowej z 1923 r. ustanowiono, że pracownicy z wyższym cenzusem naukowym otrzymywać winni przy mianowaniu na etat o jeden szczebel wyżej. Wytłumaczono, że przepis ten ma się stosować tylko względem tych, którzy pozostawali wówczas na stanowiskach służbowych, a na kolejach wprowadzono go dopiero po dłuższym czasie, na skutek przedstawień Związków o akademickim wykształeniu. Natomiast już do wszystkich tych, którzy wstępowali na kolej po 1 października 1923 r. tego drobnego przywileju (w praktyce 20 do 30 zł. miesięcznie jednorazowej podwyżki) już się nie stosuje.

Uważamy, że dodatek za studja wyższe powinien być stałym dodatkiem do uposażenia i wynosić nie mniej niż 250 zł. miesięcznie. Dopiero wówczas młody inżynier, prawnik, lekarz—widziałby opiekę państwową i popieranie pracowników posiadających wyższą wiedzę fachową, z której wszak państwo przedewszystkiem ma korzystać. Dodatek taki powinien być stałym dodatkiem każdego z wyższym cenzusem naukowym, różnić się powinno od uposażenia równoległego mu pracownika bez cenzusu naukowego o ten dodatek cenzusowy. W praktyce w budżecie kolejowym dla wszystkich pracowników z wyższym cenzusem naukowym, dodatek ten wyraziłby się sumą około czterech miljonów złotych rocznie t. j. około 0,4% budżetu kolejowego

2) Jednocześnie musimy podnieść szczegół, wypływający z ustawy o czasie pracy. Wtedy, gdy każdy pracownik kolejowy korzysta z ochrony pracy i poza ustawowym 8-mio godzinnym dniem pracy za każdą dodatkową godzinę jest opłacany osobno, pracownicy na stanowiskach kierowniczych obowiązani są nietylko do stałego pogotowia w przeciągu całej doby, ale muszą zwykle swą pracę odrabiać w godzinach pozaurzędowych. Przedewszystkiem nader liczną ilość wszelkich komisji zajmuje tym pracownikom czas albo w godzinach biurowych, zmuszając do odrobienia odłożonej pracy biurowej w domu, albo w godzinach wieczorowych, zajmując czas przeznaczony normalnie u każdego pracownika na wypoczynek, względnie potrzeby własne. Wiadomem jest, że na całem szeregu stanowisk, pracownik nie jest wstanie podjąć się żadnej pracy zarobkowej, z powodu wypełnienia całego dnia biurem, komisjami i konferencjami. Za tak oddawany czas ko-

lejom pracownicy ci nie otrzymują żadnego wynagrodzenia, a jeśli zważyć na małą rozpiętość płac w grupach, podliczenie ilości pracy oddawanych przez tych prcowników wykaże, że uposażenie ich jest mniejsze od uposażenia niżej stojącego personelu, mogącego wykorzystać wolny od pracy czas w kierunku zarobkowym.

Zdaniem naszem podobna niesprawiedliwość winna znaleść wyrównanie w postaci osobnego dodatku funkcyjnego. Był on zbędny, gdy rozpiętość płac była dość wysoka — jest niezbędny przy rozpiętości płac obecnych i możliwy do zastosowania w granicach nawet obecnej ustawy uposażeniowej.

Nadto dodatek funkcyjny umożliwia rozróżnienie stanowisk o różnej intensywności pracy, jest podnietą dla otrzymania wyższych rezultatów pracy i zachętą do przejścia nietylko z jednego stanowiska na wyższe, ale nawet do przeniesienia się z jednej miejscowości do drugiej na to samo stanowisko lecz o większej intensywności pracy, co dziś stwarza wprost niemożliwe stosunki.

Istniejąca ustawa uposażeniowa przewiduje jednakowe uposażenie w każdej grupie i na każdem stanowisku dla całego państwa. Stwarza to dziwoląg, że pracownik na stanowisku mało ruchliwem, bez intensywnej pracy. otrzymuje uposażenie równe z pracownikiem przeciążonym pracą, bez żadnego odszkodowania tego ostatniego. Jest to zasada niesłuszna, która może być wyrównaną sprawiedliwie przez wprowadzenie dodatków funkcyjnych.

Wysokości dodatków funkcyjnych, jakie na poszczególnych stanowiskach należy wypłacać, nie określamy, uważamy jednak, że ze względu na nader różny rozmiar pracy na stanowiskach, objętych tą samą nomenklaturą, dodatki te powinny być wielostopniowe.

Do wprowadzenia tych dodatków ze względu na ich charakter, przypisujemy duże znaczenie pod względem podniety personelu kierowniczego wykazywania swych zdolności technicznych i administracyjnych i przechodzenia na wyżej temi dodatkami opłacane stanowiska.

3) Niezależnie od wskazanych *dwu dodatków cenzusowego i funkcyjnego,* które wyrównają zaledwie wynagrodzenie pracowników o wyższym cenzusie naukowym w stosunku do wkładanego w pracę kolejnictwa indywidualnego zasobu wiedzy i kapitału życiowego, winni ci pracownicy otrzymywać specjalne dodatki za wynik prowadzonej przez nich pracy. Do dodatków takich zaliczamy:

a) Dodatki budowlane, wypłacane za roboty inwestycyjne, nie wchodzące do bezpośrednich czynności personelu eksploatacyjnego. Dodatki te powinny być opłacane ze specjalnego funduszu, otrzymywanego z procentowych odliczeń od sum kosztorysowych, prowadzonych robót inwestycyjnych Z kredytów tych winni opłacani być pracownicy, którzy przyczynili się do wykonanych robót inwestycyjnych, poczynając od zapoczątkowania do wykończenia.

b) Dodatki premjowe warsztatowe, które winny być wypłacane personelowi kierowniczemu w warsztatach wszelkiego rodzaju ze specjalnych kredytów na ten cel przewidywanych i włączonych do ogólnych sum rzeczowych wydatków, a to na zasadach jakie i obecnie są stosowane przy wypłacaniu premji warsztatowych. Na tem miejscu musimy zważyć, że wyłączenie kierownictwa Wydziałowego z premji warsztatowej, wydaje się niesłusznem i powinno być poddane rewizji.

c) Dodatki premjowe za dobre wyniki służby przetokowej winny być wypłacane na zasadach już wprowadzonych, przyczem należy podkreślić zasadnicze znaczenie i ważność dobrego kierownictwa w ątrzymaniu wydatnych wyników eksploatacyjnych.

Dopiero po wprowadzeniu wymienionych dodatków, pracownicy posiadający

wyższe studja naukowe, mogą mieć widoki polepszenia swego bytu i jaśniejszej przyszłości. Bez przeprowadzenia tego, koleje polskie nie mogą liczyć na przyciągnięcie młodych sił akademickich i będą musiały zadowolnić się posiadanym personelem, który, widząc nieuznawanie jego słusznych przedstawień, szukać będzie możności zarobkowania ubocznie, uchylając się od dania do rozporządzenia kolei wszystkich swych sił rozporządzalnych, a gdy nadarzy się sposobność, nadal, jak i dotychczas, przechodzić będzie do zarobkowania prywatnego.

Przedstawiony obraz bytowania naszych inteligentów kolejowych dobrze znany jest wszystkim, mającym stycznoćś z kolejami i że nie jest normalny, nie potrzebujemy dowodzić.

Związki Polskich Inżynierów Kolejowych, Prawników i Lekarzy niejednokrotnie przedstawiały sprawę tę Panom Ministrom Komunikacji, kołatały też u czynników innych naszej Admnistracji Państrowej, szukając też zrozumienia tego stanu w Izbach Ustawodawczych. Dotychczas od lat dziesięciu nie uzyskano nic trwałego, bo wszak nie można uznać za utrwalenie bytu tych ludzi, doraźnie wypłacane niewielkie i nie wszystkim dodatki. Ze stanowiska państwowego stan ten nie może być uznany za korzystny. Jeśli od inicjatywy, zapobiegliwości, dobrego nadzoru — zależą dobre wyniki finansowe, osiągnięcie oszczędności, zapobieganie wypadkom i innym stratom kolei, każdy przyznać musi konieczność odpowiedniego wynagrodzenia tych zabiegów w taki sposób, by nie straciły na swej żywotności, lecz odwrotnie potroiły te wyniki.

Dotychczas nie widać zrozumienia tego zagadnienia i być może dlatego koleje nasze, cieszące się doskonałą opinją w Europie pod względem technicznym stoją na szarym końcu pod względem swej organizacji finansowej i handlowej.

Niedocenianie roli inteligencji, niechęć do niej, jeżeli nie użyć wyrażenia „prowadzenie wojny z inteligencją“, nie mogą wzmacniać twórczej pracy tej inteligencji, a wszak na niej Państwa budują swój rozwój, oczekując wzamian twórczych czynów. Nie trzeba szukać nowych dróg, wystarczy poznać bliżej jak państwa zachodnie opiekują się swoją inteligencją, jak stwarzają dla niej podstawy do spokojnej i wydatnej pracy. Wystarczy przestudjować ustawy uposażeniowe państw innych, by przekonać się jak dalece odbiegamy w ocenianiu roli inteligencji zawodowej w daniu jej należytego stanowiska i opieki.

Przedstawiając powyższe Panu Ministrowi, podpisane Związki Inżynierów Kolejowych, Prawników i Lekarzy, wobec przewidywanej zmiany przepisów i norm uposażeniowych, proszą Pana Ministra o wzięcie pod uwagę naszego przedstawienia i w szczególności o uwzględnienie w uposażeniu pracowników o wyższym cenzusie naukowym:

1) Osobnego dodatku cenzusowego w wysokości conajmniej 250 zł. miesięcznie, jako trwałego dodatku na każdym stanowisku.

2) Utrzymanie dodatków premjowych w warsztatach pracy, z rozszerzeniem tego dodatku na wyższe kierownictwo w wydziałach.

4) Utrzymanie dodatków budowlanych za prace dodatkowe przy robotach inwestycyjnych.

5) Stosowanie dodatków specjalnych za wyniki eksploatacyjne.

Uważając wysunięte tu postulaty za nader ważne dla wszystkich pracowników o wyższym cenzusie naukowym, a jednocześnie przez wprowadzenie ich widząc w tem zapewnienie kolejom polskim fachowego personelu o wyższych kwalifikacjach, proszą niżej podpisane Związki Pana Ministra o wzięcie pod życzliwą uwagę ich przedstawienia i udzielenie swej odpowiedzi.

Wykaz Lekarzy Kolejowych Rzeczypospolitej Polskiej

Ministerstwo Komunikacji

Dr. Borzęcki Tadeusz, Naczelnik Wydziału Sanitarnego.

„ Kulesza Józef, Radca Ministerjalny.
„ Mojkowski Ignacy, Radca Ministerjalny.
„ Mirowski Emiljan, Referendarz Ministerjalny.

Dyrekcja Warszawska

1. Dr. Surawski Jan, Naczelnik Wydziału Sanitarnego.
2. „ Artyfikiewicz Czesław, lekarz rejonowy, Łódź Fabr.
3. „ Bacciareli Władysław, konsultant ginekolog, Warszawa.
4. „ Bałłaban Karol, konsultant, okulista, Warszawa.
5. „ Biehler Wacław, lekarz rejonowy, Warszawa.
6. „ Bogucki Feliks, lekarz rejonowy, Częstochowa.
7. „ Burjan Ludwik, lekarz rejonowy, Wołomin.
8. „ Czyżewski Ludwik, konsultant, okulista, Warszawa.
9. „ Czeczott Ignacy, lekarz rejonowy, Łódź Kaliska.
10. „ Chomentowski Witalis, lekarz rejonowy, Sosnowiec.
11. „ Dobrowolski Stanisław, lekarz sanitarny, Warszawa.
12. „ Dembowski Stefan, konsultant, neurolog, Warszawa.
13. „ Długoszewski Antoni, lekarz rejonowy, Warszawa.
14. „ Dmoch Władysław, lekarz rejonowy, Łuków.
15. „ Gronowski Wacław, kierownik Przychodni Centralnej, Warszawa.
16. „ Góścicki Wacław, lekarz rejonowy, Siedlce.
17. „ Górski Jan, lekarz rejonowy, Konin.
18. „ Górkiewicz Stanisław, konsultant, dermatolog, Warszawa.
19. „ Gubrynowicz Ludwik, konsultant, rentgenolog, Warszawa.
20. „ Gajdziński Antoni, lekarz rejonowy, Łazy.
21. „ Gołąb Władysław, lekarz rejonowy, Skierniewice.
22. „ Hagmajer Stanisław, konsultant, Warszawa.
23. „ Horoszewicz Antoni, naczelny lekarz szpitala kol., Warszawa.
24. „ Ehrenkreutz Włodzimierz, asystent szpitala kol., Warszawa.
25. „ Jakimiak Bolesław, konsultant, chirurg, Warszawa.
26. „ Jastrzębowski Stanisław, asystent szpitala kolejowego, Warszawa.
27. „ Jastrzębski Leon, lekarz rejonowy, Warszawa.

28. Dr. Jastrzębski Władysław, lekarz rejonowy, Aleksandrów.
29. „ Januszewicz Emil, lekarz rejonowy, Maczki.
30. „ Kaliciński Ludwik, ordynator szpitala kol., Warszawa.
31. „ Koczorowski Włodzimierz, lekarz rejonowy, Dąbrowa.
32. „ Korsun Zygmunt, lekarz rejonowy, Warszawa.
33. „ Koziorowski Bronisław, konsultant, okulista, Warszawa.
34. „ Knoff Wacław, konsultant, neurolog, Warszawa.
35. „ Krysiński Józef, konsultant, dermatolog, Warszawa.
36. „ Kowalski Wacław, konsultant chorób wewnętrznych, Warszawa.
37. „ Kozłowski Stanisław, lekarz rejonowy, Lipno.
38. „ Królewski Stefan, lekarz rejonowy, Grodzisk.
39. „ Krajewski Stefan, lekarz rejonowy, Piotrków.
40. „ Kurzyk Wincenty, lekarz rejonowy, Sosnowiec.
41. „ Kahl Władysław, lekarz rejonowy, Częstochowa.
42. „ Kosiński Idzi, lekarz rejonowy, Sompolno.
43. „ Kozubowski Jan, lekarz rejonowy, Błonie.
44. „ Kobyliński Zygmunt, lekarz rejonowy, Biała Podlaska.
45. „ Lilpop Wacław, konsultant, neurolog, Warszawa.
46. „ Lipiński Antoni, lekarz rejonowy, Rogów.
47. „ Łabędzki Alojzy, lekarz rejonowy, Pruszków.
48. „ Markowski Bronisław, lekarz rejonowy, Warszawa.
49. „ Mazurek Józef, ordynator szpitala kolejowego, Warszawa.
50. „ Małachowski Mieczysław, lekarz rejonowy, Warszawa.
51. „ Mierosławski Ludwik, lekarz rejonowy, Otwock.
52. „ Mroczkiewicz Jerzy, lekarz rejonowy, Ostrołęka.
53. „ Makowski Stanisław lekarz rejonowy, Warszawa.
54. „ Mańkowska Leona, lekarz rejonowy, Piotrków.
55. „ Majkowski Franciszek, lekarz rejonowy, Modlin.
56. „ Nossarzewski Stanisław, lekarz rejonowy, Myszyniec.
57. „ Nowakowski Wacław lekarz rejonowy, Piotrków.
58. „ Ossowski Adolf, lekarz rejonowy, Sochaczew.
59. „ Osiński Aleksander, lekarz rejonowy, Łowicz.
60. „ Ostaszewski Józef, lekarz rejonowy, Mława.
61. „ Ostrowski Hilary, lekarz rejonowy, Siedlce.
62. „ Osmólski Stanisław, lekarz rejonowy, Włocławek.
63. „ Prażmo Eugenja, lekarz rejonowy, Warszawa
64. „ Piotrowski Kazimierz, konsultant pedjatra, Warszawa.
65. „ Przedborski Aleksander, lekarz rejonowy, Warszawa (n Bródno)
66. „ Polikowski Aleksander, lekarz rejonowy Łowicz.
67. „ Perkowicz Juljan, lekarz rejonowy, Kutno.
68. „ Przyłuski Bolesław, lekarz rejonowy, Płock.
69. „ Roszkowski Zygmunt, lekarz rejonowy, Warszawa.
70. „ Rajewicz Jan, lekarz rejonowy, Warszawa.
71. „ Rutkowski Henryk, lekarz rejonowy, Mińsk-Mazowiecki
72. „ Rechowicz Roman, lekarz rejonowy, Skierniewice.
73. „ Rotstadt-Unierzycka Marja, lekarz rejonowy, Sosnowiec.
74. „ Szymorowski Stanisław, lekarz rejonowy, Koluszki.
75. „ Szaniawski Paweł, lekarz rejonowy, Częstochowa.
76. „ Staweno Tomasz, lekarz rejonowy, Łódź Kaliska.

77. Dr. Sulikowski Franciszek, lekarz rejonowy, Kalisz.
78. „ Serbej Mikołaj, lekarz rejonowy, Małkinia.
79. „ Sosnowski Stanisław, lekarz rejonowy, Warszawa.
80. „ Sobrański Jerzy, lekarz rejonowy, Radomsko.
81. „ Szpakowski Jan, lekarz rejonowy, Płońsk.
82. „ Sieraha Władysław, lekarz rejonowy, Warszawa.
83. „ Szulc Rudolf, lekarz rejonowy, Ząbkowice.
84. „ Skoryna Konstanty, lekarz rejonowy, Żyrardów.
85. „ Stankiewicz Jerzy, lekarz rejonowy, Sieradz.
86. „ Staszewski Wojciech, lekarz rejonowy, Warszawa.
87. „ Stępień Bronisław, konsultant, neurolog, Warszawa.
88. „ Sitkowski Wacław, konsultant, rentgenolog, Warszawa.
89. „ Tymieniecki Edward, konsultant chirurg, Warszawa.
90. „ Turski Antoni, konsultant, laryngolog, Warszawa.
91. „ Tuz Stanisław, konsultant, laryngolog, Warszawa.
92. „ Torchalski Jerzy, lekarz rejonowy, Warszawa.
93. „ Umiński Józef, lekarz rejonowy, Kutno.
94. „ Wyganowski Jan, lekarz rejonowy, Warszawa.
95. „ Wyszyński Feliks, lekarz. rejonowy, Krośniewice.
96. „ Wolfram Aleksander, lekarz rejonowy, Pruszków.
97. „ Witkowski Władysław, lekarz rejonowy, Skierniewice.
98. „ Wąsowski Stefan, lekarz rejonowy, Warszawa.
99. „ Walawski Hilary, lekarz rejonowy, Warszawa.
100. „ Wagner Ludwik, lekarz rejonowy, Wieluń.
101. „ Welfle Tadeusz, lekarz, konsultant, Warszawa.
102. „ Zadębowski Roman, lekarz sanitarny, Warszawa.
103. „ Zawadzki Józef, lekarz rejonowy, Warszawa.
104. „ Zabłocka-Gajdzińska Marja, lekarz rejonowy, Zawiercie.
105. „ Zielińska Antonina, konsultant, ginekolog, Warszawa.
106. „ Żelisławski Jerzy, lekarz konsultant, Warszawa.

Dyrekcja Lwowska

1. Dr. Zgórski Kazimierz, Naczelnik Wydziału Sanitarnego, Lwów.
2. „ Andruszewski Mieczysław, lekarz-spec., Lwów.
3. „ Ausobsky Józef, lekarz rejonowy, Chyrów.
4. „ Bilowicki Leopold, lekarz rejonowy, Złoczów.
5. „ Boratyński Józef, lekarz rejonowy, Stryj.
6. „ Chodorowska Anna, lekarz dentysta, Rawa Ruska.
7. „ Choróbski Stanisław, lekarz rejonowy, Sambor.
8. „ Chutkowski Tadeusz, lekarz dentysta, Lwów.
9. „ Deissenberg Adam, lekarz rejonowy, Brody.
10. „ Demianowski Adrjan, lekarz sanitarny, Lwów.
11. „ Demianowska Marja lekarz specjalista, Lwów.

12. Dr. Dorosz Franciszek, lekarz rejonowy, Przemyśl.
13. „ Falk Bernard, lekarz rejonowy, Brzeżany.
14. „ Feldman Markus, lekarz rejonowy, Jarosław.
15. „ Falber Abraham, lekarz rejonowy, Stryj.
16. „ Flis Kazimierz, lekarz rejonowy, Rudki.
17. „ Fritz Józef, lekarz specjalista, Lwów.
18. „ Garbień Józef, lekarz specjalista, Lwów.
19. „ Gruca Adam, lekarz specjalista, Lwów.
20. „ Hammerschmied Izydor, lekarz specjalista, Sambor.
21. „ Hoffner Oskar, lekarz rejonowy, Drohobycz.
22. „ Hozer Jan, lekarz rejonowy, Lwów-Podzam.
23. „ Jedliński Jan, lekarz rejonowy, Łańcut.
24. „ Kaczurba Feliks, lekarz rejonowy, Przemyśl.
25. „ Kasprzyk Antoni, lekarz rejonowy, Podhajce.
26. „ Katz Jakób, lekarz dentysta, Przemyśl.
27. „ Kindler Dawid, lekarz rejonowy, Sokal.
28. „ Klarfeld Ignacy, lekarz rejonowy, Lwów.
29. „ Koellner Zygmunt, lekarz dentysta, Lwów.
30. „ Krasowska Dorota, lekarz dentysta, Sambor.
31. „ Kuczera Marja, lekarz rejonowy, Stryj.
32. „ Kuhl Karol, lekarz rejonowy, Lwów.
33. „ Kulczyński Aleksander, lekarz rejonowy, Lwów (Mszana).
34. „ Kwiatkowski Stefan, lekarz specjalista, Lwów.
35. „ Langberg Zygmunt, lekarz dentysta, Drohobycz.
36. „ Lampert Adolf, lekarz rejonowy, Mikołajów.
37. „ Lenartowicz Roman, lekarz rejonowy, Ustrzyki.
38. „ Lewinter Adam, lekarz rejonowy, Leżajsk.
39. „ Lutwak Salor, lekarz rejonowy, Łanowce.
40. „ Malsburg Henryk, lekarz rejonowy, Gródek Jag.
41. „ Markl Józef, lekarz rejonowy, Janów.
42. „ Markstein Wilhelm, lekarz rejonowy, Kamionka Strumiłowa.
43. „ Meisels Emil, lekarz specjalista, Lwów.
44. „ Menczel Fellerowa Helena, lekarz dentysta, Podwołoczyska.
45. „ Morgenstern Rosenzweigowa Hilda, lekarz rejonowy, Podwołoczyska.
46. „ Notz Juljusz, lekarz rejonowy, Lwów.
47. „ Orski Jan, lekarz rejonowy, Jaworów.
48. „ Ozga Jan, lekarz rejonowy, Turka nad Str.
49. „ Parille Michał, lekarz rejonowy, Tarnopol.
50. „ Peszyńska Emilja, lekarz specjalista, Lwów.
51. „ Polakowski Józef, lekarz rejonowy, Rawa Ruska.
52. „ Preyer Artur, lekarz rejonowy, Bełz.
53. „ Propst Henryk, lekarz rejonowy, Skole.
54. „ Puzdrowski Jan, lekarz rejonowy, Zagórz.
55. „ Pokrzywka Henryk, lekarz sanitarny, Lwów.
56. „ Radziński Karol, lekarz rejonowy, Rozwadów.
57. „ Rypuszczyńska Mossorowa Wanda, lekarz specjalista, Lwów,
58. „ Sawicka Henryka, lekarz specjalista, Lwów.
59. „ Schmeidler Leon, lekarz rejonowy, Przemyśl.
60. „ Schutt Edward, lekarz rejonowy, Przemyślany.

61. Dr. Siłka Mieczysław, lekarz rejonowy, Lwów.
62. „ Skulski Emil, lekarz rejonowy, Drohobycz.
63. „ Smyczyński Ignacy, lekarz rejonowy, Przeworsk.
64. „ Sopel Franciszek, lekarz rejonowy, Lubień Wielki.
65. „ Stanowski Karol, lekarz rejonowy, Winniki.
66. „ Stauber Salomon, lekarz rejonowy, Lwów-Podzamcze.
67. „ Stefek Emil, lekarz rejonowy, Lwów.
68. „ Stemerowicz Leonard, lekarz rejonowy, Radziechów.
69. „ Strzałkowski Zygmunt, lekarz rejonowy, Skałat.
70. „ Szelong Józef, lekarz rejonowy, Tarnopol.
71. „ Szepczenko Piotr, lekarz rejonowy, Radziwiłłów.
72. „ Trześniewski Eugenjusz, lekarz rejonowy, Szczerzec.
73. „ Wachs Majer, lekarz rejonowy, Żółkiew.
74. „ Wepper Matylda, lekarz rejonowy, Stryj.
75. „ Wojtowicz Juljan, lekarz rejonowy, Przemyśl.
76. „ Zabłocki Stanisław, lekarz specjalista, Lwów.
77. „ Zadurowicz Emil, lekarz rejonowy, Sambor.
78. „ Zion Oswald, lekarz specjalista, Lwów.

Dyrekcja Katowicka

1. Dr. Cienciała Edward, Naczelnik Wydziału Sanitarnego, Katowice.
2. „ Adamczewski Stefan, lekarz rejonowy, Mikołów
3. „ Adamczyk Ferdynand, lekarz rejonowy, Katowice-Bogucice.
4. „ Biały Feliks, lekarz rejonowy, Rybnik.
5. „ Dadaczyński Jerzy, lekarz rejonowy, Rydułtowy.
6. „ Dzieża Franciszek, lekarz rejonowy, Ruda Śl.
7. „ Golus Teofil, lekarz rejonowy, Pszczyna.
8. „ Hanke Maksymiljan, lekarz rejonowy, Katowice.
9. „ Hanke Edward, lekarz rejonowy, Królewska Huta.
10. „ Hager Bronisław, lekarz rejonowy, Tarnowskie Góry.
11. „ Kopczak Karol, lekarz rejonowy, Katowice Załęże.
12. „ Knapczyk Aleksander, lekarz rejonowy, Mysłowice.
13. „ Dadaczyński Zygmunt, lekarz rejonowy Siemianowice.
14. „ Krynicki Stefan, lekarz rejonowy, Tychy.
15. „ Magiera Leon, lekarz sanitarny, Katowice.
16. „ Mierzowski Józef, lekarz rejonowy, Wielkie Hajduki.
17. „ Mende Łucjan, lekarz rejonowy, Wodzisław.
18. „ Nawrotek Apolonjusz, lekarz rejonowy, Tarnowskie Góry.
19. „ Neukirch Paweł, lekarz rejonowy, Katowice.
20. „ Obremba Teodor, lekarz rejonowy, Mysłowice.
21. „ Kasprowicz Tadeusz, lekarz rejonowy, Imielin.
22. „ Rybok Wiktor, lekarz rejonowy, Stary Bieruń.
23. „ Różycki Karol, lekarz rejonowy, Orzesze.
24. „ Sośnierz Roman, lekarz rejonowy, Nowa-Wieś.
25. „ Salicki Romuald, lekarz rejonowy, Strzybnica.
26. „ Spiller Alfons, lekarz rejonowy, Szopienice.
27. „ Tomiak Stanisław, lekarz rejonowy, Katowice.

28. Dr. Tomicki Karol, lekarz rejonowy, Katowice.
29. „ Wilimowski Maksymiljan, lekarz rejonowy, Katowice.
30. „ Witman Ludwik, lekarz rejonowy, Radzionków.
31. „ Willert Franciszek, lekarz rejonowy, Lubliniec.
32. , Miedniak Alfons, lekarz rejonowy, Rybnik.
33. „ Tumułka Józef, lekarz rejonowy, Wodzisław.
34. „ Jarzyński Alojzy, lekarz rejonowy, Tarnowskie Góry.
35. „ Gorz Mieczysław, lekarz rejonowy, Lubliniec.
36. „ Knosała Jan, lekarz rejonowy, Katowice.
37. „ Krygier Józef, lekarz rejonowy, Świętochłowice.
38. „ Bober Henryk, lekarz rejonowy, Lipiny Śl.
39. „ Ogan Florjan, lekarz rejonowy, Knurów.
40. „ Karolczak Bronisław, lekarz rejonowy, Zory
41. „ Leks Antoni, lekarz rejonowy, Chorzów.

Lekarze specjaliści:

42. „ Brzozowski Franciszek, ginekolog, Katowice.
43. „ Wędlikowski Kazimierz, ginekolog, Katowice.
44. „ Geisler Piotr, okulista, Katowice.
45. „ Mirecki Stanisław, okulista, Królewska Huta.
46. „ Sianowski Andrzej, laryngolog, Królewska Huta.
47. „ Better Fryderyk, laryngolog, Katowice.
48. „ Hlond Jan, wenerolog, Katowice.
49. „ Michałła Maksymiljan, wenerolog, Katowice.
50. „ Roszek Stanisław,pedjatra, Katowice.
51. „ Cyran Emil, neurolog, Lubliniec.

Dyrekcja Krakowska

1. Dr. Jabłoński Antoni, Naczelnik Wydziału Sanitarnego, Kraków.
2. „ Ackerman Adam, lekarz rejonowy, Kraków.
3. „ Artwiński Eugenjusz lekarz specjalista, Kraków.
4. „ Auber Leon, lekarz rejonowy, Bochnia.
5. „ Barański Emil, lekarz sanitarny, Kraków.
6. „ Bednarski Józef, lekarz rejonowy, Alwernja Reg.
7. „ Blumenfeld Edgar, lekarz rejonowy, Żywiec.
8. „ Budzyński Kazimierz, lekarz rejonowy, Jaworzno.
9. „ Chmiel Józef, lekarz rejonowy, Strzyżów, n W.
10. „ Czadowski Edmund, lekarz specjalista, Kraków.
11. „ Czapliński Władysław, lekarz rejonowy, Mszana Dolna.
12. „ Dormus Jerzy, lekarz rejonowy, Nowy Sącz.
13. „ Dudziński Jan, lekarz rejonowy, Nowy Sącz.
14. „ Dziewoński Władysław, lekarz rejonowy, Kęty.
15. „ Eisen Ludwik, lekarz rejonowy, Tarnów.
16. „ Frank Apolinary, lekarz rejonowy, Mielec.
17. „ Fürbek Leon, lekarz rejonowy, Tarnów.

18. Dr. Gnoiński Michał, lekarz rejonowy, Limanowa.
19. „ Górka Zygmunt, lekarz rejonowy, Chrzanów.
20. „ Gross Henryk, lekarz rejonowy, Dziedzice.
21. „ Gruszecki Wojciech, lekarz rejonowy, Żywiec.
22. „ Grzybowski Stefan, lekarz rejonowy, Zator.
23. „ Gedl Edgar, lekarz rejonowy, Kraków.
24. „ Harasowski Aleksander, lekarz rejonowy, Nowy Sącz.
25. „ Hładyj Michał, lekarz specjalista, Kraków.
26. „ Huppert Ludwik, lekarz rejonowy, Bielsko.
27. „ Kadyi Józef, lekarz rejonowy, Jasło.
28. „ Karelus Kazimierz, lekarz specjalista, Kraków.
29. „ Kończycka Marja, lekarz dentysta, Nowy Sącz.
30. „ Kozaczka Adam, lekarz rejonowy, Nowy Sącz.
31. „ Krauss Herman, lekarz rejonowy, Rzeszów.
32. „ Kronfeld Herman, lekarz rejonowy, Rzeszów.
33. „ Król Ludwik, lekarz rejonowy, Chybie.
34. „ Krupiński Tadeusz, lekarz rejonowy, Nowy Targ.
35. „ Lewicki Zygmunt, lekarz rejonowy. Krosno.
36. „ Łapiński Stanisław, lekarz rejonowy, Kraków.
37. „ Łukasiewicz Karol, lekarz specjalista, Kraków.
38. „ Mamczyn Włodzimierz, lekarz rejonowy, Kraków.
39. „ Marcjaniak Franciszek, lekarz specjalista, Kraków.
40. „ Markowski Władysław, lekarz rejonowy, Szczucin.
41. „ Mazurek Mieczysław, lekarz rejonowy, Krzeszowice.
42. „ Mentel Gwido, lekarz rejonowy, Cieszyn.
43. „ Mściwujewski Seweryn, lekarz rejonowy, Muszyna.
44. „ Müllet Abraham, lekarz rejonowy, Dębica.
45. „ Nieć Teofil, lekarz dentysta, Rzeszów.
46. „ Niedzielski Kazimierz, lekarz dentysta, Rzeszów.
47. „ Nikliborc Jan, lekarz rejonowy, Kalwarja.
48. „ Nowicka Kopaczowa Helena. lekarz specjalista, Kraków.
49. „ Obst Stefan, lekarz rejonowy, Szczakowa.
50. „ Okuljar Wacław, lekarz rejonowy, Węg. Górka.
51. „ Gawlas Eugenjusz, lekarz rejonowy, Tarnobrzeg.
52. „ Pisek Henryk, lekarz rejonowy, Podgórze.
53. „ Piotrowski Kazimierz, lekarz rejonowy, Kraków.
54. „ Pogonowski Bolesław, lekarz specjalista, Kraków.
55. „ Poźniak Stanisław, lekarz rejonowy, Kraków.
56. „ Przesmycki Jan, lekarz rejonowy, Gorlice.
57. „ Radwański Stanisław, lekarz rejonowy, Oświęcim.
58. „ Raszka Paweł, lekarz rejonowy, Skoczów.
59. „ Redo Aleksander, lekarz rejonowy, Wieliczka.
60. „ Rosławski Leon, lekarz rejonowy, Dąbrowa k. Tarnowa.
61. „ Schmidt Józef, lekarz rejonowy, Siersza Wodna.
62. „ Sikorski Stanisław, lekarz rejonowy, Podgórze.
63. „ Spanbauer Karol, lekarz rejonowy, Sucha.
64. „ Stankiewicz Wiktor, lekarz rejonowy, Kraków.
65. „ Sternal Stanisław, lekarz rejonowy, Trzebinia.
66. „ Szatkowski Alojzy, lekarz rejonowy, Tarnów.

67. Dr. Świerz Witold, lekarz specjalista, Kraków.
68. „ Wachulski Bronisław, lekarz rejonowy, Dziedzice.
69. „ Walewski Stanisław, lekarz rejonowy, Kraków.
70. „ Wałach Józef, lekarz rejonowy, Bielsko.
71. „ Wierzbicki Gustaw, lekarz rejonowy, Grybów.
72. „ Zieja Tadeusz, lekarz rejonowy, Podłęże.
73. „ Zieliński Edward, lekarz rejonowy, Nowy Sącz.
74. „ Żegleń Józef, lekarz rejonowy, Maków.
75. „ Żychoń Józef, lekarz rejonowy, Zakopane.

Dyrekcja Poznańska

1. Dr. Smoliński Emiljan, Naczelnik Wydziału Sanitarnego, Poznań.
2. „ Kolszewski Alfred, lekarz sanitarny, Poznań.
3. „ Chmielewski Seweryn, lekarz rejonowy. Poznań.
4. „ Rydlewski Celestyn, lekarz rejonowy, Poznań.
5. „ Sokołowski Władysław, lekarz rejonowy, Poznań.
6. „ Kostrzewski Czesław, lekarz rejonowy, Poznań.
7. „ Koronkiewicz Kazimierz, lekarz rejonowy, Poznań.
8. „ Zerbe Franciszek, lekarz rejonowy, Poznań,
9. „ Rymaszewski Władysław, lekarz rejonowy, Poznań
10. „ Brzozowski Edmund, lekarz rejonowy, Poznań.
11. „ Hierowski Ignacy, lekarz rejonowy, Poznań.
12. „ Stawarz Władysław, lekarz rejonowy' Poznań.
13. „ Rozanow Aleksander, lekarz rejonowy, Poznań.
14. „ Konkiewicz Roman, lekarz rejonowy, Poznań.
15. „ Machowski Walenty, lekarz rejonowy, Poznań.
16. „ Bartlitz Edmund, lekarz rejonowy, Pobiedziszka.
17. „ Pajzdzierski Józef, lekarz rejonowy, Gniezno.
18. „ Chrzanowski Stanisław, lekarz rejonowy, Gniezno.
19. „ Taberski Bronisław, lekarz rejonowy, Gniezno.
20. „ Uliszewski Florjan, lekarz rejonowy, Września.
21. „ Lewandowski Antoni, lekarz rejonowy, Mogilno
22. „ Truszczyński Kazimierz, lekarz rejonowy Strzelno.
23. „ Jackowski Aleksander, lekarz rejonowy, Inowrocław.
24 „ Wojciechowski Kazimierz, lekarz rejonowy. Inowrocław
25. „ Czarliński Stanisław, lekarz rejonowy, Znin.
26. „ Szadziński Franciszek lekarz rejonowy, Szubin.
27. „ Paszkowski Alfons, lekarz rejonowy, Ksynie.
28. „ Suszyński Roman, lekarz rejonowy, Gołończ.
29. „ Łazarowicz Józef, lekarz rejonowy, Węgrowiec.
30. „ Poerster Marjan, lekarz rejonowy, Skoki.
31. „ Bayer Włodzimierz, lekarz rejonowy, Janowiec.
32. „ Osmiałowski Tadeusz, lekarz rejonowy, Oborniki.
33. „ Ręczkowski Ludwik, lekarz rejonowy, Rogoźno.
34. „ Matuszewski Kazimierz, lekarz rejonowy, Chodzież.

35. Dr. Lniski Franciszek, lekarz rejonowy, Czarnków.
36. „ Klimkiewicz Jan, lekarz rejonowy, Wronki.
37. „ Cholewo Antoni, lekarz rejonowy, Szamotuły.
38. „ Felicki Włodzimierz, lekarz rejonowy, Pniewy
39, „ Kupczan Stanisław, lekarz rejonowy, Międzychód.
40. „ Fidelski Józef, lekarz rejonowy, Zbąszyń.
41. „ Piotrowski Feliks, lekarz rejonowy Zbąszyń.
42. „ Kropiwnicki Tomasz, lekarz rejonowy, Wolsztyn.
43. „ Słomiński Stanisław, lekarz rejonowy, Grodzisk.
44. „ Twórz Emanuel, lekarz rejonowy, Kościan.
45. „ Jarzycki Stanisław, lekarz rejonowy, Srem.
46. „ Jeziorski Witold, lekarz rejonowy, Rawicz.
47. „ Fiweger Wiktor, lekarz rejonowy, Leszno.
48. „ Lewandowski Józef, lekarz rejonowy, Leszno.
49. „ Bystrzyński Tadeusz, lekarz rejonowy, Leszno.
50. „ Babian Ludwik, lekarz rejonowy, Gostyn.
51. „ Budzyński Stefan, lekarz rejonowy, Krotoszyn.
52. „ Białobrzeski Antoni, lekarz rejonowy, Sroda.
53. „ Niedźwiecki Michał, lekarz rejonowy, Jarocin.
54. „ Maensel Antoni, lekarz rejonowy, Jarocin.
55. „ Likowski Władysław, lekarz rejonowy, Pleszew,
56. „ Karpowicz Władysław, lekarz rejonowy, Ostrów.
57. „ Wojtkiewicz Janusz, lekarz rejonowy, Ostrów.
58. „ Chmiel Michał, lekarz rejonowy, Ostrów.
59. „ Stankiewicz lekarz rejonowy, Skalmierzyce.
60. „ Krzych Juljan, lekarz rejonowy, Ostrzeszów.
61. „ Kowalewski Eugenjusz, lekarz rejonowy, Kępno.
62. „ Wagner Ludwik, lekarz rejonowy, Wieluń,
63. „; Dziuk Józef, lekarz rejonowy, Krzepice.

Lekarze specjaliści:

1. Prof. Dr. Stabiński Jan, okulista, Poznań.
2. Dr. Ossowski Władysław, okulista, Poznań.
3. „ Magowski Władysław, okulista, Poznań.
4. Prof. dr. Borowiecki Stefan, neurolog, Poznań.
5. Dr. Alkiewicz Jan, wenerolog, Poznań.
6. „ Danecki Henryk, wenerolog, Poznań.
7. „ Głabisz Stefan, laryngolog, Poznań.
8. „ Grachowski Wojciech, laryngolog, Poznań.
9. „ Zieliński Stanisław, ginekolog, Poznań.
10. „ Piechowski Bolesław, chor. dziecięce, Poznań.

Dyrekcja Stanisławowska

1. Dr. Opolski Jan, Naczelnik Wydziału Sanitarnego, Stanisławów.
2. „ Wachter Stefan, lekarz sanitarny Wydziału Sanitarnego, Stanisławów.

Lekarze etatowi:

3. Dr. Byliński Andrzej, lekarz rejonowy, Buczacz.
4. „ Chodorowski Kazimierz, lekarz rejonowy, Delatyn.
5. „ Dortort Chune, lekarz rejonowy, Wybranówka.
6. „ Kamiński Jakób, lekarz rejonowy, Kołomyja.
7. „ Mulkiewicz Włodzimierz, lekarz rejonowy, Halicz.
8. „ Niemczewski Erazm, lekarz rejonowy, Stanisławów.
9. „ Ossoliński Artur, lekarz rejonowy, Stanisławów.
10. „ Ostafiński Marjan, lekarz rejonowy, Kopyczyńce.
11. „ Skoczek Stanisław, lekarz rejonowy, Chodorów.
12. „ Wasilewski Aleksander, lekarz rejonowy, Kołomyja.

Lekarze kontraktowi:

13. „ Anderman Bernard, lekarz rejonowy, Czortków.
14. „ Dobrowolski Jan, lekarz rejonowy, Horodenka.
15. „ Fleischman Juljusz, lekarz rejonowy, Zabłotów.
16. „ Galarewicz Bazyli, lekarz rejonowy, Rohatyn.
17. „ Harmatij Grzegorz, lekarz rejonowy, Trembowla.
18. „ Jarosiewicz Roman, lekarz rejonowy, Stanisławów.
19. „ Kącki Stanisław, lekarz rejonowy, Dolina.
20. „ Kittner Jakób, lekarz rejonowy, Borszczów.
21. „ Kurz Bronisław, lekarz rejonowy, Zaleszczyki.
22. „ Liebesman Abraham, lekarz rejonowy, Stanisławów.
23. „ Manacki Aleksander, lekarz rejonowy, Kozowa.
24. „ Morway Ludwik, lekarz rejonowy, Tyśmienica.
25. „ Pelzner Edward, lekarz rejonowy, Chodorów.
26. „ Rożankowski Marceli, lekarz rejonowy, Kałusz.
27. „ Spindel Maurycy, lekarz rejonowy, Ottynja
28. „ Wyszkowski Zygmunt, lekarz rejonowy, Śniatyn-Załucze
29. „ Żółciński Zygmunt, lekarz rejonowy, Worochta

Lekarze wynagradzani ryczałkowo:

30. „ Gielczyński Wiktor, lekarz rejonowy, Nadwórna
31. „ Hickiewicz Adam, lekarz rejonowy, Stanisławów

Kontraktowi lekarze specjaliści:

32. „ Małaniuk Józef, chirurg-rentgenolog, Stanisławów
33. „ Manheimer Abraham, okulista, Stanisławów
34. „ Mossor Stanisław, internista. Stanisławów
35. „ Mikucki Władysław, ginekolog, Stanisławów
36. „ Reinert Edward, laryngolog i pedjatra, Stanisławów
37. „ Tomaszek Stanisław, neurolog, Stanisławów

Kontraktowi lekarze dentyści:

38. „ Gottfried Oskar, lekarz dentysta, Kołomyja
39. „ Koernerowa Gizela-Fanny, lekarz dentysta, Czortków
40. „ Raczyński Andrzej, lekarz dentysta, Stanisławów

Dyrekcja Radomska

1. Dr. Kiersnowski Stanisław, Naczelnik Wydziału Sanitarnego, Radom
2. „ Białostocki Marceli, lekarz rejonowy, Strzemieszyce
3. „ Brajczewski Antoni, lekarz rejonowy, Lublin
4. „ Butkiewicz Tadeusz, lekarz konsultant, Warszawa
5. „ Cybulski Stefan, lekarz rejonowy, Lublin
6. „ Czechowicz Czesław, lekarz sanitarny, Radom
7. „ Dąbrowski Zygmunt, lekarz rejonowy, Skarżysko
8. „ Drożdż Wacław, lekarz konsultant, Lublin
9. „ Fuksiewicz Leon, lekarz konsultant, Radom
10. „ Gliwiński Stanisław, lekarz rejonowy, Kowel
11. „ Homolicki Aleksander, lekarz rejonowy, Sarny
12. „ Jankowski Jan, lekarz rejonowy, Radom
13. „ Jankowski Józef, lekarz rejonowy, Kielce
14. „ Jaczewski Kazimierz, lekarz konsultant, Lublin
15. „ Kozłowski Michał, lekarz konsultant, Sosnowiec
16. „ Kożuchowski Tomasz, lekarz konsultant, Lublin
17. „ Lejman Stanisław, lekarz rejonowy, Michów
18. „ Leszczewicz Wincenty, lekarz rejonowy, Radom
19. „ Lisowski Borys, lekarz rejonowy, Skarżysko
20. „ Lutyński Czesław, lek. nacz. szpit. Skarżysko
21 „ Łubkowski Konrad, lekarz rejonowy, Kraśnik
22. „ Mandenow Leon, lekarz rejonowy, Sandomierz
23. „ Markowski Stanisław, lekarz konsultant, Radom
24 „ Modrzewski Jan, lekarz konsultant,
25. „ Naruszewicz Czesław, lekarz rejonowy, Sarny
26. „ Olewiński Jan, lekarz konsultant. Radom
27. „ Ostrowski Mieczysław; lekarz rejonowy; Radom
28. „ Piast-Szlubowski Jan, lekarz rejonowy, Zdołbunów
29. „ Piątowski Stanisław, lekarz rejonowy, Radom
30. „ Raczyński Jan, nacz. lek. szpit., Zdołbunów
31. „ Rogowski Bronisław, lekarz rejonowy, Zwierzyniec
32. „ Rogoziński Jerzy, lekarz konsultant, Warszawa
33. „ Ruszkowski Jan, lekarz rejonowy, Warszawa
34. „ Ryttel Antoni, lekarz rejonowy, Kielce
35. „ Siatecki Józef, lekarz rejonowy Włodzimierz
36. „ Stocki Franciszek, lekarz rejonowy, Równe
37. „ Sobolewski Edmund-Wiktor, lekarz emeryt, Toruń
38. „ Szymański Józef, lekarz emeryt, Skarżysko
39. „ Turowski Bolesław, lekarz rejonowy, Kowel
40. „ Weber Konstanty, lekarz rejonowy, Skarżysko
41. „ Wyrzykowski Kazimierz, lekarz rejonowy, Dęblin
42. „ Wasilewski Jerzy, lekarz rejonowy, Kowel
43. „ Zaleski Kazimierz, lekarz rejonowy, Chełm

Dyrekcja Gdańska

1. Dr. Anders Józef, Naczelnik Wydziału Sanitarnego.
2. „ Bermański Jan, lekarz sanitarny, Gdańsk.
3. „ Łangowski Antoni, lekarz sanitarny, Gdańsk.
4. „ Meger Antoni, Lekarz rejonowy, Tczew.
5. „ Tymbrowski Maksymiljan, lekarz rejonowy, Tczew.
6. „ Licznerski Jan, lekarz rejonowy, Tczew.
7. „ Węglewski Mieczysław, lekarz rejonowy, Tczew.
8. „ Tokarz Władysław, lekarz rejonowy, Tczew.
9. „ Wojtkiewicz Mikołaj, lekarz rejonowy, Bydgoszcz.
10. „ Miedziszewski Maksymiljan, lekarz rejonowy, Bydgoszcz.
11. „ Mierzwiński Józef, lekarz rejonowy, Bydgoszcz.
12. „ Kube Alfred, lekarz rejonowy, Bydgoszcz.
13. „ Gürtyłło Witold, lekarz rejonowy, Bydgoszcz.
14. „ Chełkowski Bernard, lekarz rejonowy, Bydgoszcz.
15. „ Kubczak Józef, lekarz rejonowy, Bydgoszcz.
16. „ Neugebauer Gustaw, Bydgoszcz.
17. „ Wiecki Czesław, lekarz rejonowy, Bydgoszcz.
18. „ Włodarczyk Władysław, lekarz rejonowy, Bydgoszcz.
19. „ Suwiński Jerzy, lekarz rejonowy, Bydgoszcz.
20. „ Bialopolski Aleksander, lekarz rejonowy, Toruń.
21. „ Krajski Władysław, lekarz rejonowy, Toruń.
22. „ Wyrzykowski Władysław, lekarz rejonowy, Toruń.
23. „ Goławski Władysław, lekarz rejonowy, Toruń.
24. „ Zapałowski Bernard, lekarz rejonowy, Toruń.
25. „ Balewski Władysław, lekarz rejonowy, Toruń.
26. „ Tarkowski Władysław, lekarz rejonowy, Grudziądz.
27. „ Sujkowski Jan, lekarz rejonowy, Grudziądz.
28. „ Maj Kazimierz, lekarz rejonowy, Grudziądz.
29. „ Baraden Witaljusz, lekarz rejonowy, Grudziądz.
30. „ Bełkowski Witold, lekarz rejonowy, Chojnice.
31. „ Sochaniewicz Władysław, lekarz rejonowy, Chojnice.
32. „ Pielowski Brunon, lekarz rejonowy, Chojnice.
33. „ Schwabe Jan, lekarz rejonowy, Starogord.
34. „ Heldt Alfons, lekarz rejonowy, Starogard.
35. „ Majkowski Aleksander, lekarz rejonowy, Kartuzy.
36. „ Borowski Stanisław, lekarz rejonowy, Kartuzy.
37. „ Zieliński Bronisław, lekarz rejonowy, Czersk.
38. „ Odya Bolesław, lekarz rejonowy, Czersk.
39. „ Fedorowski Mikołaj, lekarz rejonowy, Nakło.
40. „ Ruśkiewicz Edward, lekarz rejonowy, Pelplin.
41. „ Behrendt Franciszek, lekarz rejonowy, Gniew.
42. „ Skalski Stanisław, lekarz rejonowy, Laskowice.
43. „ Taper Stanisław, lekarz rejonowy, Wejherowo.
44. „ Skowroński Bronisław, lekarz rejonowy, Gdynia.
45. „ Żynda Józef, lekarz rejonowy, Puck.
46. „ Lemańczyk Jan, lekarz rejonowy, Kościerzyna.
47. „ Tempski Ignacy, lekarz rejonowy, Skarszewy.

48. Dr. Kobyliński Alfons, lekarz rejonowy, Brusy.
49. „ Gierszewskl Józef, lekarz rejonowy, Tuchola.
50. „ Szukalski Stanisław, lekarz rejonowy, Koronowo.
51. „ Chylarecki Zygmunt, lekarz rejonowy, Białosliwie.
52. „ Kluczyński Jan, lekarz rejonowy, Solec Kujawski.
53. „ Burakowski Stefan, lekarz rejonowy, Fordon.
54. „ Przeworski Leon, lekarz rejonowy, Chełmża.
55. „ Owczarczak Ignacy, lekarz rejonowy, Kowalewo Pomorskie.
56. „ Watta-Skrzydlewski Bogusław, lekarz rejonowy, Unisław.
57. „ Machnicki Stanisław, lekarz rejonowy, Jabłonowo Pomorskie.
58. „ Otto Hipolit; lekarz rejonowy) Brodnica.
59. „ Białowiejski Zdzisław; lekarz rejonowy; Iłowo.
60. „ Pokorski Świecic, lekarz rejonowy, Iłowo.
61. „ Jettke Alfons, lekarz rejonowy, Działdowo.

Lekarze specjaliści

1. Dr. Kowalska Janina, lekarz okulista, Gdynia.
2. „ Koliński Kazimierz, lekarz okulista, Grudziądz.
3. „ Szymanowski Kazimierz, lekarz okulista, Bydgoszcz.
4. „ Szaad Albert, lekarz okulista, Toruń.
5. „ Pfeifer Rudolf, lekarz otjatra, Bydgoszcz.
6. „ Wrembel Wacław, lekarz otjatra, Toruń.
7. „ Jochelson Aleksander, lekarz otjatra, Grudziądz.
8. „ Łipczyńska Olga, lekarz chorób dziecięcych, Bydgoszcz.
9. „ Szmaj Stefan, lekarz okulista, Bydgoszcz.
10. „ Świątecki Stefan, lekarz chorób skórnych i weneiycznych, Bydgoszcz.
11. „ Bogusławski Stefan, chorób nerwowo-umysłowych, Toruń.
12. „ Łukowicz, lekarz chirurg, Chojnice.

Lekarze dentyści wzgl. dentyści:

1. Gintyłło Stanisław, lekarz dentysta, Bydgoszcz.
2. Jeżewski Stefan, lekarz dentysta, Bydgoszcz.
3. Jeżewska Janina, lekarz dentysta, Bydgoszcz.
4. Dobrowolski Adam, lekarz dentysta. Bydgoszcz.
5. Lewandowski Stanisław, lekarz dentysta; Bydgoszcz.
6. Cymbrowska Janina, lekarz dentysta, Nakło.
7. Stachowski Aleksander, lekarz dentysta, Chojnice,
8. Sumiński Ludwik, lekarz dentysta, Tczew.
9. Żozuliński Józef, lekarz dentysta, Tczew.
10. Borowski Czesław, lekarz dentysta, Grudziądz.
11. Gubin-Dzięgielewski Juljan, lekarz dentysta, Grudziądz,
12. Goebel Wacław, lekarz dentysta, Brodnica.
13. Buczkowski Józef, lekarz dentysta, Chełmża.
14. Esden-Tempski Marjan, lekarz dentysta, Toruń.
15. Krauze Roch, dentysta, Starogard.
16. Przysiecka Kazimiera, dentysta, Gdynia.
17. Żuk Zofja, dentysta, Toruń.
18. Bach-Zalewski Wincenty, dentysta, Puck.
19. Hirschowa Salomea, dentysta, Kościerzyna.
20. Fenglerowa Marja, dentysta, Działdowo.
21. Okoniewski Zygmunt, dentysta, Kartuzy.

Lekarze którzy pobierają świadczenia na zasadzie systemu punktowego.

1 Dr. Żynda Franciszek, lekarz praktyczny, Skurcz.
2 „ Dalc Franciszek: lekarz praktyczny: Skurcz.
3 „ Fucic Franciszek, lekarz praktyczny, Sępolno.
4 „ Rasmus Ryszard, lekarz praktyczny, Bukowiec.
5 „ Górski Wiktor, lekarz praktyczny, Więcbork.
6 „ Krebs Franciszek, lekarz praktyczny, Więcbork.
7 „ Wasilewski Franciszek, lekarz praktyczny, Chełmno
8 „ Pobłocki Stanisław, lekarz praktyczny, Lasiń
9 „ Zawadzki Władysław, lekarz praktyczny, Nowe Miasto
10 „ Kawczyński Paweł, lekarz praktyczny, Wąbrzeźno
11 „ Baziński Józef, lekarz praktyczny, Lubawa
12 „ Nowkuński T, lekarz okulista, Bydgoszcz
13 „ Krzyżanowski Jerzy, lekarz dla chorób kobiecych, Gdynia

Lekarze kolejowi na terenie W. M. Gdańska:

1 Dr Dreiling Gdańsk
2 „ Hahne Hermann, Gdańsk
3 „ Temczowski Leon, Gdańsk
4 „ Gratz Emst Wrzeszcz (Langfuhr)
5 „ Boecker W. Oliwa
6 „ Wobbe Paul, Nowyport (Neufahrwasser)
7 „ Boenheim Oskar, Orunia (Ohren)
8 „ Pietsch, Pruszcz (Praust)
9 „ Kurzenacker, Pszczółki (Hohenstein)
10 „ Buch Emil, Sopot
11 , Doebel, Lisewo (Lissan)
12 „ Von Damm, Tiegenhof
13 „ Pichler, Neuteich
14 „ Hantel, Pobbowitz
15 „ Filarski Bernard, Wrzeszcz (Langfuhr)

Dyrekcja Wileńska

1 Dr. Królewski Wacław, Naczelnik Wydziału Sanitarnego, Wilno.
2 „ Alksnin Mieczysław, lekarz rejonowy, Wilno
3 „ Borysowicz Tomasz, lekarz rejonowy, Wilno
4 „ Borusewicz Czesław lekarz rejonowy, Wilno
5 „ Bogucki Czesław, lekarz-asystent, szpit. kol. Brześć nad Bugiem
6 „ Czarnowski Czesław, lekarz-ordynator, szpit. kol. Wilno
7 „ Dąbrowski Henryk, naczelny lekarz, szpit. kol. Wilno
3 „ Dobrzański Jerzy, lekarz-ordynator, szpit. kol. Wilno
9 „ Fiuto Ignacy, lekarz rejonowy, Baranowicze
10 „ Głembocki Antoni, lekarz rejonowy, Grodno
11 „ Horodko Adam, lekarz rejonowy, Czeremcha
12 „ Jastrzębski Leon. lekarz rejonowy, Mołodeczno

13 Dr. Jodko Eugenjusz, lekarz rejonowy, Lida
14 „ Janowicz Jan, lekarz-ordynator, szp. kol. Wilno
15 „ Kowalski Henryk, lekarz rejonowy, Białystok
16 „ Koiszewski Napoleon, zarządzający Sanatorjum Włodawa
17 „ Karnicki Aleksander, lekarz-ordynator, szp. kol. Wilno
18 „ Kisiel Karol, lekarz-ordynator, szp. kol. Wilno
19 „ Kulikowska Helena, lekarz-ordynator, szp. kol. Wilno
20 „ Karnicki Wacław, lekarz-asystent, szp. kol. Wilno
21 „ Łukiewicz Kazimierz, lekarz-konsultant, Wilno
22 „ Moszyński Marjan, lekarz-ordynator, szp. kol. Wilno
23 „ Milewska Marja, lekarz-ordynator, szp. kol. Wilno
24 „ Nepomucki Marjan, lekarz-ordynator, szp. kol. Brześć nad Bugiem
25 „ Orzechowski Edward, lekarz rejonowy, Łapy
26 „ Pujkiewicz Andrzej, lekarz rejonowy, Starosielce
27 „ Przednikiewicz Wacław, lekarz-asystent, szp. kol. Brześć nad Bugiem
28 „ Rydzewski Jan, lekarz rejonowy, Suwałki
29 „ Raginis Józef, lekarz rejonowy, Brześć
30 „ Swierzewski Stanisław, lekarz rejonowy, Łuniniec
31 „ Szat Anatol, lekarz rejonowy, Baranowicze
32 „ Sawicki Marjan, lekarz ordynator, szp. kol. Brześć nad Bugiem
33 „ Sułkowski Leon, lekarz sanitarny, Wilno
34 „ Świda Michał, lekarz ordynator, szp. kol. Wilno.
35 „ Sycianko Czesław, lekarz ordynator szp. kol. Wilno
36 „ Tomaszewski Emanuel, lekarz rejonowy, Nowo-Wilejka
37 „ Umiastowski Witold, lekarz ordynator, szp. kol. Wilno
38 „ Wincz Aleksander, lekarz sanitarny, Wilno
39 „ Willrat Wilhelm, lekarz rejonowy, Wołkowysk
45 „ Woronowicz Stanisław, lekarz rejonowy, Pińsk
41 „ Wyrzycki Tomasz, kierownik szpital kol., Brześć nad Bugiem
42 „ Władyczko Stanisław, lekarz-konsultant, Wilno
44 „ Zebrowski Bronisław, lekarz rejonowy, Wilno
45 „ Żywicki Juljan: lekarz rejonowy' Brześć

BIBLIOGRAFJA

1930

Nowiny lekarskie № 10 *J. Modrakowski i E. Leyko.* Tonus serca i działanie na niego środków farmakologicznych. *T. Kucharski.* Uwagi o przebiegu grypy w roku 1928 i 29. *J. Zegland.* Częstość gruźlicy w Poznaniu. *B. Dylewski.* Pierwotna błonica ucha środkowego w przypadku przewlekłego ropienia z ucha. *Z. Uchocka.* Ropne zapalenie opłucnej.

№ 11. *W. Skórczewski.* Wpływ leczenia kąpielowego w Krynicy na obraz ortodiagraficzny serca. *Z. Dziembowski.* Uśpienie eterowe za pomocą maski Ombredann'a. Dr. *J. Czyżak.* Dwanaście przypadków przedwczesnego odklejenia łożyska. Dr. *K. Santarius.* Perkaina, nowy środek miejscowo znieczulający

Nr. 12. *Nowakowski.* Doświadczenie z phrenicoexairezą w 49 przypadkach. *H. Ciszkiewicz.* Żylaki żył szyjnych. *T. Serafiński.* Wartość lecznicza digipuratu. *St. Tatka.* Uwagi w sprawie leczenia odoskrzelowego zapalenia płuc u dzieci ze szczególnem uwzględnieniem cardiazolu.

Nr. 13. *A. Bednarski.* O perspektywie Jana Peckhama. *J. Szymański.* Ciemnia. *W. Melanowski.* Przyczynek do nauki o szczelinowatej źrenicy. *W. Kapuściński.* O stosunku okulistyki do reszty nauk lekarskich. *K. Bałłaban.* Zależność chorób oczu od chorób zębów. *A. Wirszubski.* W sprawie zapalenia nerwu wzrokowego pozagałkowego. *J. Sobański.* O leczeniu ciężkich schorzeń rogówki naświetlaniem promieniami pozafiołkowemi. *Z. Januszewski.* Przypadek twardzieli woreczka łzowego. *S. Topolski.* O zapaleniu gruźliczem rzęskowego i tęczówki w wieku rozwojowym.

Medycyna Warszawska. Nr. 9. *Dr J. Misiewiczówna.* Stosowanie słońca, kwarcówki, lampy sollux w gruźlicy. *Dr. T. Budkiewicz.* O wytwarzaniu sztucznej pochwy przy wrodzonym jej braku. *Dr. Cz. Żegielewicz.* W sprawie odnerwienia okołotętniczego w zgorzeli i owrzodzeniach troficznych konczyn. *Dr. N. Krąkowska.* Przyczynek do ustalenia związku między gluchotą a wadliwym stanem aparatu ruchowego. *E. Bogacka. M. Kruszówna.* Przyczynek do badań nad obecnością paciorkowców hemolitycznych w gardle nosicieli i zdrowych.

Nr. 10. *Dr. I. Zaorski.* Nowe spostrzeżenia o ruchomości części żołądka powstałego po wycięciu. *Doc. dr. W. Melanowski.* Układ Wegetatywny a choroby oczu. *Dr. W. Jastrzębski i Dr. T. Ciosłowski.* Stosowanie propidonu i przesączów Besredki na materjale chorych zakładowych.

Nr. 11. *Dr. T. Wiśniewski.* Tumorsternocleidomastoidei neonatorum. *B. Jochweds.* O działaniu porównawczem moczopędnych preparatów rtęciowych

T. Ciosłowski. Stosowanie przesączów Besredki t. zw. Antivirus'a w poronieniach z gorączką.

Nr. 13. *Dr. J. Zaorski.* Podwójna rana serca, wyleczona zabiegiem operacyjnym. *Dr. K. Potrzobowski.* Uwagi w sprawie odmrożenia. *Dr. L. Regmunt-Sebieszczański.* O głodzeniu i leczeeiu głodowem. *Dr. A. Drezdner.* Moje doświadczenie z przetworem przysadki mózgowej w położnictwie i w przypadkach poronień.

Polska Gazeta Lekarska. Nr. 18. *Wł. Elmer. L. Ptaszek. M. Scheps.* Badania kliniczno-doświadczalne działania wasopressyny i oksytocyny na ruchy robaczkowe jelit oraz leczenie vasopressyną porażeń jelitowych. *J. Glass, J. Beiless.* Badania związku między gospodarką chlorową i węglowodanową. *J. Zubrzycki.* Zamknięty róg szczątkowej macicy a ciąża zewnątrzmaciczna. *St. Adam-Falkiewiczowa.* Działanie środka przeciwbólowego neokratyny.

Nr. 19. *Krzyżanowski.* Przypadek wrodzonej skóry rybiej. *A. Kuhn.* Sprawozdanie sekcji higjenicznej Ligi Narodów o dyfterji i szkarlatynie w latach ostatnich. *A. Mester.* Częstość chorób reumatycznych w szpit. izraelitów w latach 1925-28.

Nr. 20. *Arenel i Szusterówna.* Gruczolak złośliwy szyszynki. *R. Bernhardt.* Pryszczyca i spryszczenie. *A. Rosset.* Myelosis funicularis a choroba Biermer'a.

Nr. 21. *E. Ehrenpreis.* Zasady leczenia cukrzycy w zdrojowiskach. *Madaus.* Synergizm dawek drobinowych. *Kanczyński.* Niezwykły ogólny i ogniskowy odczyn swoisty w przypadku tocznia pospolitego.

Nr. 22. *A. Landau M. Feigin J. Beiless.* O wpływie niektórych środków wegetatywnych na glikoregulację, tętno i ciśnienie układu roślinnego. *C. Uhma.* Obrażenia pochwy i mechanizm ich powstania. *Z. Tomanek.* Pylica a gruźlica płuc. *H. Sokołowska.* Katatermometrja czy ciepłoty efektywne.

Nr. 23. *M. Wierzuchowski.* O śródżylnem przyswajaniu cukrów. *J. Supniewski.* Badania nad właściwościami farmakologicznemi syntetycznych alkaloidów peyotlu.

Nr. 24. *F. Falkiewicz.* Doświadczalne badania nad wydzielaniem płynu mózgowordzeniowego. *W. Kukowska.* Leczenie nowotworów złośliwych radem i promieniami X.

Nr. 25. *H. Reiss.* W sprawie sztucznych zmian w allegrji skóry. *K Wiślański.* Działanie wyciągów jądrowych na wyosobnioną macicę. *A. Landau J. Glass M. Markson.* Studja kliniczne nad surowiczem zapaleniem opłucnej i jego etjologja. *W. Sumowski.* Wahania we współczesnej medycynie.

Nr. 26. *M. Gedroyć.* Znaczenie czerwonych ciałek krwi w przenoszeniu ciał czynnych niektórych tkanek zwierzęcych. *T. Lewicki.* Nowy przyrząd do oznaczania szybkości opadania ciałek czerwonych. *J. Zubrzycki.* Przypadek ciąży brzusznej.

Nr. 27. *K. Rożkowska.* Kilka uwag o leczeniu nadciśnienia pierwotnego i nerwicy lękowej nadciśnieniowej. *B. Skarżyński.* Znaczenie nowych zdobyczy biochemji lipoidów dla nauki o odżywianiu. *L. Szyfman J. Kokotek.* Niezwykły przypadek przewlekłej posocznicy meningokowej, powikłanej obustronną odmą samoistną. *S. Cikowski.* Przyczynek do późnych krwawień w połogu.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 26. *H. Brokman.* Patogeneza zjawisk związanych z działaniem jadu ospowego. *A. Landau B. Glass M. Fejgin* Z kazuistyki cukrzycy.

Nr. 28. *M. Szour.* W sprawie rozpoznawania klinicznego białaczki ostrej. *Dr. H. Kadysz.* O stosowaniu konserwowanych preparatów mlecznych w praktyce dziecięcej.

Lekarz Wojskowy Nr. 3. *M. Latkowski.* Przyczynek do leczenia złamań szyjki chirurgicznej ramienia. *St. Marczewski.* Przyczynek do kazuistyki t. zw. agranulocytozy. *H. Mazanek.* Skostnienie śródmięśniowe.

Nr. 4, 5, 6. *Latkowski i Levittoux.* O złamaniach dolnych nasad kości podudzia. *Rajewska.* Przyczynek do badania odczynu zlepnego w płynach opłucnowych pochodzenia gruźliczego. *Szumski.* Stan chorób wenerycznych w oddziałach garnizonu Warszawskiego i rola lekarza w walce z niemi.

Rocznik psychjatryczny Nr. 13. *Prof. J. Mazurkiewicz.* Zarys fizjologicznej teorji uczuć. *A. Gruszecka.* Zafałszowania rzeczywistości w otępieniu starczem. *W. Łuniewski.* O nowej redakcji artykułów polskiej Legis Ferendae dotyczących niepoczytalności t. zw. poczytalności zmniejszonej i poczytalności w stanach upojenia. *M. Brunowa.* Z badań nad genealogją rodzin alkoholików. *J. Bednarz.* Obserwacje sądowo psychjatryczne w oddziale kryminalnym w szpitalu „Tworki". *Wirszubski.* Historja psychjatrji u żydów.

Inżynier Kolejowy Nr. 5. *Prof. inż. Wasiutyński.* Konkurencja ruchu samochodowego. *Inż. Krüger.* Składnice materjałów służby drogowej. *Inż. F. Rybicki.* Zastosowanie badań psychotechicznych w kolejnictwie. *W. B.* Rzut oka na rezultaty gospodarki kolejnictwa europejskiego w r. 1929.

Nr. 6. *Inż. St. Wiktor.* Samodzielne próby graficznego ujęcia kosztów utrzymania nawierzchni na kolejach. *Prof. Al. Wasiutyński.* Konkurencja ruchu samochodowego. *Inż. B. Hummel.* Mechanizacja i racjonalizacja pracy robotach drogowych na kolejach północnych we Francji. *Inż. M. Wężyk Widawski.* Gospodarka kolei Paryż — Orlean. *Inż. H. Pekel.* Próby tępienia zielska w torowisku środkami chemicznemi. *Inż. S. Sztolcman.* Taryfowe przewozy gospodarcze na Polskich Kolejach Państwowych.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie Nr. 27. *M. Szour.* W sprawie rozpoznawania białaczki ostrej. *B. Muszkatblat.* Arsen w praktyce dziecięcej.

Gastrologja Polska Nr. 2: *Dr. Br. Wejnert.* W sprawie nowotworów jelit.

„Nowotwory" t. IV. Nr. 3. *Dr. Br. Wejnert.* Medycyna zapobiegawcza w raku.

CENY OGŁOSZEŃ:

okładka	zł.	przed tekstem	zł.	za tekstem	zł.	w tekście	zł:
cała strona	100	cała strona	90	cała strona	80	cała strona	120
1/2 „	60	1/2 „	50	1/2 „	45	1/2 „	70
1/4 „	40	1/4 „	30	1/4 „	25	1/4 „	50
1/8 „	30	1/8 „	26	1/8 „	20	1/8 „	40

Spis rzeczy.